

DU

N° 64 .

LUPUS ÉRYTHÉMATEUX

THÈSE

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

le 28 décembre 1883

PAR

Hippolyte LAMAISSON

Né à Sore (Landes).

Ex-interne à l'hôpital d'Oran (Algérie).

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE



MONTPELLIER

IMPRIMERIE CRISTIN, SERRE ET RICOME, RUE VIEILLE-INTENDANCE, 5
1883

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. J. BENOIT * ✕.... DOYEN
 CASTAN.....)
 COMBAL * ✕.....) ASSESSEURS

Professeurs.

	MESSIEURS :
<i>Opérations et appareils.</i>	BOUISSON, O. * ✕, D. HON.
<i>Pathologie externe.</i>	BOYER *.
<i>Accouchements.</i>	DUMAS *.
<i>Clinique médicale.</i>	DUPRÉ * C ✕.
<i>Anatomie.</i>	BENOIT * ✕.
<i>Clinique médicale.</i>	COMBAL * ✕.
<i>Clinique des maladies mentales et nerveuses.</i>	CAVALIER *.
<i>Physique médicale.</i>	MOITESSIER *.
<i>Anatomie patholog. et histologie.</i>	ESTOR
<i>Médecine légale et toxicologie.</i>	JAUMES.
<i>Clinique chirurgicale.</i>	DUBRUEIL *.
<i>Chimie médicale et Pharmacie.</i>	ENGEL.
<i>Hygiène.</i>	BERTIN-SANS.
<i>Pathologie interne.</i>	CASTAN.
<i>Thérapeutique et Matière médic.</i>	GRASSET.
<i>Botanique et Histoire Natur.méd.</i>	PLANCHON * ✕.
<i>Physiologie, chargé du cours.</i>	LANNEGRACE.
<i>Clinique chirurgicale.</i>	N...
MARTINS (O. *) FONSSAGRIVES (O. *), COURT Y *.	Profes honor.

Chargés de Cours :

<i>Clinique des maladies des enfants.</i>	MM. BATTLE, agrégé.
<i>Clinique des mal. syphilit. et cutan.</i>	GAYRAUD, agrégé.
<i>Clinique des maladies des vieillards.</i>	HAMELIN, agrégé.

Agrégés.

MESSIEURS :	MESSIEURS
JACQUEMET.	MOSSÉ.
DE GIRARD.	REGIMBEAU *.
SERRE.	TÉDENAT.
ROUSTAN.	DUMAS fils.
CARRIEU.	BLAISE.
MAIRET.	BAUMEL.
CHALOT.	VILLE.
BIMAR.	GRANEL.
LANNEGRACE.	

M. F.-J. BLAISE, Secrétaire,

Examinateurs de la Thèse :

MM. CASTAN, président ;
 BOUISSON, professeur.
 MAIRET, agrégé ;
 TÉDENAT, agrégé.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MA SŒUR

A MON ONCLE ET A SA FAMILLE

H. LAMAISSON.

À mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur CASTAN

A Monsieur le Professeur BOUISSON

A Monsieur le Professeur-Agrégé MAIRET

A Monsieur le Professeur-Agrégé TÉDENAT

H. LAMAISSON.

A Monsieur le Professeur ESTOR

A Monsieur le Professeur DUBRUEIL

A Monsieur le Professeur-Agrégé JACQUEMET

A Monsieur le Professeur-Agrégé ROUSTAN

A Monsieur le Professeur-Agrégé CHALOT

A Monsieur le Professeur-Agrégé BLAISE

A Monsieur le Docteur GUIBAL

H. LAMAISSON.

A MES MAITRES

A MES AMIS

H. LAMAISSON.

INTRODUCTION

Les études dermatologiques ont pris dans ces derniers temps une si grande importance et une si large place dans les études médicales, qu'il est devenu indispensable au médecin de se familiariser le plus possible avec ce genre de lésions, et de se munir des notions cliniques nécessaires, afin de lutter avec avantage contre les difficultés sans cesse renaissantes que présentent les dermatoses, principalement au point de vue du diagnostic et du traitement.

Aujourd'hui surtout que la découverte des microbes dans le lupus est venue tout remettre en question, il n'est pas possible de se désintéresser d'études aussi importantes.

Nous avons eu la bonne fortune d'observer à l'hôpital Saint-Eloi un cas de lupus érythémateux; deux autres cas nous ont été montrés par M. le Professeur-Agrégé Tédénat dans son cabinet. C'est ce qui nous a suggéré l'idée de prendre l'étude de cette lésion pour sujet de notre thèse inaugurale.

Nous ne nous faisons pas illusion sur les difficultés d'une telle étude, et nous n'avons pas la prétention de les avoir vaincues, loin de là. Nous avons voulu simplement, appuyé sur les conseils bienveillants de M. Tédénat, réaliser un modeste essai de nosographie et prouver que nous avons fait une étude sérieuse de la question.

Aussi espérons-nous que nos Juges voudront bien nous accorder toute leur indulgence et prendre en considération non pas le mérite intrinsèque de l'œuvre, mais bien le travail réalisé.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553810_0102



D U

LUPUS ÉRYTHÉMATEUX

HISTORIQUE.

On ne trouve dans les anciens auteurs aucun texte qui permette de supposer qu'ils ont observé la variété de *lupus* que nous avons choisie pour sujet de notre travail.

Si l'on néglige pour un instant la variété nosologique qui nous occupe, et si l'on considère l'affection générique elle-même, on constate que, chez eux, le terme de *lupus* avait un sens bien vague et bien mal défini. Les expressions *εσθιομενος* d'Hippocrate, de *εσθιομαι*, je suis rongé, et *lupus*, de Paracelse, servaient l'une et l'autre à désigner des affections complètement distinctes, dont le caractère objectif commun, le seul qui eût frappé les observateurs, était leur tendance « à ronger et à détruire les tissus » et à se propager constamment de proche en proche, comme le disait Manardus : *Quasi lupus famelicus proximas sibi carnes exedit.*

Paracelse, qui ressuscita le mot de *lupus*, ne s'en servait,

ainsi que les auteurs de son temps, que pour désigner les ulcères de la jambe.

Aussi Sennert écrivait-il, en 1610: *Lupum vero appellat, si in tibiis et cruribus sit; in reliquis vero corporis partibus, etsi ejusdem sit pravitalis, lupum absolute nominari non censent.*

Ce ne fut qu'environ un siècle plus tard que l'on commença à désigner sous le nom de lupus les ulcères rongeurs du nez, et il faut arriver jusqu'à la fin du siècle dernier, jusqu'à Willan et Bateman, pour trouver quelques observations sur le « lupus érythémateux. »

Ce n'est en réalité qu'à partir de ce moment que commence son histoire.

Ce ne fut qu'à partir des travaux de Willan et Bateman que l'expression de lupus fut définitivement admise en pathologie. Ils s'en servirent pour désigner la plupart des formes ulcérales de la scrofule cutanée profonde, et le classèrent dans les tubercules, à côté des verrues, de l'éléphantiasis, etc., mais n'en donnèrent qu'une mention succincte. Willan ne décrit que le lupus tuberculeux et ne parle pas du lupus érythémateux.

Bateman (1) observa le lupus érythémateux et en fit une variété localisée, « l'ichthyose simple. » Il en a donné une figure dans son Atlas (Pl. XVIII), il le désigna également sous le nom d'*erythema laeve*.

On trouve dans son ouvrage l'observation d'une jeune femme atteinte de lupus érythémateux dont la lésion fut guérie par l'application d'un vésicatoire.

La désignation de Bateman, admise quelque temps sans

(1) *Description and treatment of cutaneous diseases*; London, 1799, et *Synopsis of cutaneous diseases according to the arrangement, of Dr Willan*; Londres, 1815.

conteste, fut généralement acceptée jusqu'à Rayer (1), qui fut le premier à déclarer, dans la première édition de son ouvrage, en 1826, que c'était une erreur de ranger ces cas dans les ichthyoses, tandis qu'ils devaient être rattachés à une altération des follicules sébacés. Il appela le lupus érythémateux flux sébacé. Il eut en outre le grand mérite de proposer et de formuler le premier, dès 1826, une nouvelle classification basée sur les lésions anatomo-pathologiques des maladies de la peau. C'est de son système que vont dériver tous les systèmes ultérieurs, plus ou moins perfectionnés, plus ou moins appropriés aux progrès de la science.

Nous voyons notamment, vingt ans plus tard, en 1845, le professeur Hébra (de Vienne) inventer pour la seconde fois le système de Rayer dont il reproduit exactement la classification, admettre comme lui l'altération des follicules sébacés comme origine du lupus érythémateux qu'il décrit sous le nom de séborrhée congestive, et s'attribuer modestement le mérite d'en être le créateur.

Rayer cependant conservait au mot *lupus* le sens que lui avait donné Willan, tout en le séparant de la scrofule cutanée tuberculeuse.

Il divisait le *lupus* en *exedens* et *non exedens*, et reconnaissait un *lupus* idiopathique.

Bielt décrivit, en 1828, dans ses Leçons à l'hôpital Saint-Louis, « l'érythème centrifuge ou excentrique » qu'il considérait comme une variété de *lupus non exedens*, dans lequel il comprenait également une variété tuberculeuse.

Bielt et Cazenave (2) admettaient trois variétés principales de *lupus* :

(1) *Traité théorique et pratique des maladies de la peau* (2^e édit. 1835).

(2) Leçons cliniques de Bielt, in *Abrégé pratique des maladies de la peau*, de Cazenave et Schedel, 2^e édit., 1833.

- 1^o Lupus qui détruit en surface ;
- 2^o Lupus qui détruit en profondeur ;
- 3^o Lupus avec hypertrophie.

Le lupus érythémateux constitue l'une des deux variétés du lupus qui détruit en surface.

Après avoir constaté que le tubercule ne constitue pas toujours la lésion élémentaire du lupus, Cazenave continue ainsi :

« Le lupus, étendu sur une surface plus ou moins large, » offre quelques variétés qui méritent d'être déerites. Ainsi, » dans quelques cas bien rares, la maladie semble n'affecter » que les couches les plus superficielles du derme. On observe » cette variété à la face, aux joues en particulier; il ne se dé- » veloppe pas de tubercules, il ne se forme pas de croûtes, » mais la peau prend une teinte rouge; des exfoliations épider- » miques ont lieu sur la surface malade, la peau s'amincit » graduellement; elle est lisse, luisante, rouge, et offre en- » suite l'apparence d'une cicatrice qui se serait formée après » une brûlure superficielle; la rougeur disparaît sous la pres- » sion du doigt, le malade n'éprouve aucune douleur, mais le » toucher en développe, etc. »

Nous voyons par cette description que Cazenave avait parfaitement observé les principaux caractères du lupus érythémateux, ainsi que sa localisation dans les couches superficielles du derme, du moins dans certains cas; ce qui sera plus tard démontré par l'anatomie pathologique.

Enfin, c'est à Cazenave que nous devons la création, en 1851, de l'expression « lupus érythémateux », désignation très heureuse, qui fut immédiatement acceptée par Hébra (de Vienne), et qui est aujourd'hui adoptée par la majorité des dermatologistes.

Alibert avait commencé, dès 1806, la publication de sa mo-

nographie illustrée des dermatoses (1). Sa classification était une classification naturelle. Il repousse le mot de « lupus » et range toutes ses variétés dans les dermatoses dartreuses. La désignation « d'esthiomène » qu'il lui substitua à cause de son étymologie, comprenait les divers herpès : herpès *ferus*, *exedens*, etc.; les dartres : *darta excoriativa*, *maligna*, le lupus *vorax* de Paracelse, le lupus de Willan et Bateman. Il admet deux formes d'esthiomène : esthiomène perforant ou térébrant, esthiomène ambulant ou serpigineux ; c'est dans la seconde variété que doit se placer le lupus érythémateux ; car, dit-il, l'esthiomène ambulant part d'un point enflammé et sillonne successivement la surface de la peau qui reste lisse et luisante.

Au point de vue de la nature de l'esthiomène, il en admet trois sortes : l'esthiomène scrofuleux, l'esthiomène syphilitique et l'esthiomène idiopathique.

Quel que fût le talent de son auteur, la classification d'Alibert ne devait pas exercer une grande influence sur la culture de la dermatologie. Le mot d'esthiomène lui-même n'était pas très heureux, il servait également à désigner une foule d'affections cutanées très diverses, et n'était pas destiné à survivre longtemps.

Gibert adopta cependant l'expression d'esthiomène, et appela le lupus érythémateux : esthiomène ou dartre rongé à forme érythémateuse.

Il divisa le lupus en : lupus du visage, lupus du tronc, lupus des membres. Le défaut capital de cette division est d'être basée sur le siège topographique de la lésion, ce qui est d'une importance secondaire.

(1) Monographie des dermatoses, ou précis théorique et pratique des maladies de la peau. Paris, in-4°, 1832.

Tandis que Baumès (1) (de Lyon) adopte les idées de Rayer et reconnaît un lupus idiopathique, Devergie lui reconnaît, dans tous les cas, une origine scrofuleuse. Il admet la forme tuberculeuse, la forme ulcéreuse, mais il ajoute que la lésion du lupus ne consiste le plus souvent qu'en un épaissement inflammatoire chronique de la peau, avec ou *sans ulcération*. Dans ce dernier cas, il a évidemment en vue le lupus érythémateux, d'autant plus que d'après lui, dans le lupus de la face, l'état tuberculeux est assez rare et peu constant.

Nous arrivons enfin à Hardy et Bazin dont le génie créateur a su donner une nouvelle impulsion à l'étude de la dermatologie.

Hardy (2) établit une classification qui rappelle celle d'Alibert; c'est une méthode naturelle basée sur les affinités, les causes, les phénomènes prédominants, la marche, les indications curatives des dermatoses. Le lupus érythémateux est placé dans la 7^e classe, sous le nom de scrofulide érythémateuse ou érythémato-squameuse. Comme Baudelocque et Devergie, il le rattache à la scrofule et rejette le lupus idiopathique.

Il admet six variétés de scrofulides, et le lupus érythémateux constitue la 4^e variété.

Le mot scrofulide, que nous trouvons pour la première fois dans Hardy, fut également employé par Gintrac, et principalement par Bazin.

Bazin (3) admet des scrofulides bénignes et des scrofulides malignes.

C'est parmi ces dernières qu'il place le lupus érythémateux sous la dénomination de « scrofulide érythémateuse maligne. »

(1) Nouvelle dermatologie, 1842

(2) Leçons sur les maladies de la peau, 1858.

(3) Leçons théoriques et cliniques sur les affections génériques de la peau, t. II, 1865.

Il signale la confusion possible entre cette dernière et le lupus tuberculeux non ulcéreux. Pour les différencier des scrofulides bénignes, il reconnaît aux scrofulides malignes six caractères principaux distinctifs. Nous nous bornons à les mentionner, afin de ne pas développer outre mesure notre historique déjà trop long.

Pour ce qui est de la nature du lupus érythémateux, il soutient opiniâtrément avec Baudelocque, Milcent, Devergie, Hardy, que c'est une affection constamment scrofuleuse.

«En définitive, dit-il, le lupus idiopathique des auteurs n'est autre chose qu'une des formes de la scrofule fixe primitive.»

Cette doctrine de la nature scrofuleuse du lupus érythémateux, que nous trouvons partagée par la plupart des auteurs passés en revue, ne fait que s'affirmer de plus en plus dans l'école française; et si nous jetons un coup-d'œil sur nos auteurs actuels qui continuent si brillamment cette remarquable série de dermatologistes, Hillairet, Lailier, Guibout, Emile Vidal, Besnier et Doyon, nous les voyons presque tous unanimes à la soutenir.

S'il nous est permis de citer quelques noms en particulier, nous dirons que pour Em. Vidal (1) le lupus érythémateux est toujours scrofuleux. Guibout (2), comme Vidal, partage les idées de Hardy, repousse les scrofulides bénignes de Bazin, et admet que les scrofulides sont toujours graves ou malignes, comme la maladie qu'elles représentent.

Lelongt (Thèse de Paris, 1877) va plus loin encore, et soutient que le lupus tuberculeux n'est que l'extension du lupus érythémateux; ils paraissent n'être qu'une même affection à des degrés différents, le lupus tuberculeux étant le

(1) Leçons de M. le Dr Vidal, rédigées par M. Colson, interne des hôpitaux. Paris, 1879.

(2) Nouvelles Leçons cliniques sur les maladies de la peau, Paris, 1879.

plus avancé. Entre ces deux formes, il y aurait place pour une forme de transition érythémato-tuberculeuse.

Ainsi nous voyons que, pour l'école de Paris, l'origine scrofuleuse de cette affection ne fait pas de doute. Il n'en est pas de même pour celle de Lyon. Horand, chirurgien à l'Antiquaille, dit en effet que le lupus n'est pas une manifestation de la scrofule; il est seulement plus fréquent chez les scrofuleux. Un chirurgien du même hôpital, le D^r Dron, admet que le lupus est presque toujours lié à la scrofule.

Hébra, comme nous l'avons déjà fait observer, s'approprie l'idée et le système de Rayer, et fonde comme lui sa classification sur les caractères anatomo-pathologiques. Le lupus érythémateux qu'il considère comme résultant d'une altération des follicules sébacés, est désigné par lui, sous le nom de « séborrhée congestive », qui rappelle absolument le flux sébacé de Rayer et ne se rattache, d'après lui, à aucun état scrofuleux, pas plus que le lupus vulgaire. Sa classification, publiée en 1845, est divisée en douze classes, et le lupus érythémateux est placé dans la 8^e classe, parmi les néoplasmes bénins. Ses disciples, Auspitz, Neumann, Kaposi, marchèrent dans l'ornière du maître, et n'ont apporté aucun changement sensible aux idées qu'il avait propagées. Mais en revanche ils reprochent aux auteurs français de faire intervenir à chaque instant l'influence des diathèses, et Auspitz notamment caractérise cette manie avec une délicatesse toute germanique, par le mot de « marotte des Français: *diathesenmarotte der Franzosen* (1).

Neumann, Kaposi (2) suivent de point en point la doctrine d'Hébra, sans y apporter d'innovation notable.

L'influence diathésique depuis longtemps mise en relief par

(1) *Archiv. für dermatol. und syphilis*, 1871.

(2) *Leçons sur les maladies de la peau*, trad. Besnier et Doyon, 1881.

l'École de Montpellier dont les idées ont eu raison de l'organicisme étroit, est acceptée par Besnier, Vidal, Gailleton et par les dermatologistes éminents qui se sont inspirés des travaux de Bazin.

En admettant la nature microbienne du lupus, on ne nie pas pour cela la diathèse. Elle favorise la production du microbe et lui fournit un milieu de culture très fertile.

ÉTIOLOGIE.— PATHOGÉNIE.

ETIOLOGIE.

Causes prédisposantes. — Nous arrivons à la partie la plus ardue et la plus controversée de notre sujet. A partir de l'époque où cette affection commença d'être observée, il s'est toujours produit de profondes divergences sur sa nature, les uns la rattachant à la scrofule dans tous les cas, d'autres dans certains cas seulement, les autres enfin, l'École de Vienne et l'École allemande en général, la considérant toujours comme idiopathique.

Si nous revenons un peu en arrière, nous voyons que chez les anciens, le lupus, pas plus que les autres scrofulides graves, n'était considéré comme étant de nature scrofuleuse. Le premier qui admit cette relation fut Mercuriali(1). La scrofule cependant n'était pas encore envisagée comme une maladie générale; ce ne fut qu'au XVIII^e siècle que l'idée de diathèse scrofuleuse s'affermir définitivement et que

(1) *De morbis cutaneis*, 1572.

l'on essaya de lui rattacher diverses affections cutanées. Nous passons rapidement sur cette époque, et, sans nous arrêter à l'École de Willan qui voyait dans chaque affection de la peau une espèce morbide distincte, nous arrivons directement à l'époque contemporaine.

Rayer, Baumès, Gibert, Cazenave, considèrent le lupus comme une affection de la peau et le rattachent le plus souvent à la scrofule; ils le considèrent dans certains cas comme une syphilide tuberculo-crustacée ulcéreuse, ou bien dans d'autres circonstances, comme une maladie idiopathique, attendu que les sujets atteints ne présentent aucune autre lésion scrofuleuse ni aucun des traits de cette constitution diathésique.

Pour Devergie, le lupus est dans tous les cas une affection scrofuleuse, et, lors même que les sujets n'offrent pas cette constitution et n'ont pas actuellement d'autre lésions de cette nature, il n'en est pas moins vrai qu'ils en ont eu antérieurement, ou bien que l'on peut retrouver chez leurs parents ou dans leur famille l'existence de la scrofule.

Bazin pose la question avec beaucoup de netteté et n'admet pas le lupus idiopathique;

Car, ainsi qu'il le dit fort bien, la réponse est difficile à une question posée dans les termes suivants:

Le lupus est-il une affection propre à la scrofule?

Certains auteurs, en effet, confondaient sous le nom de lupus toutes les scrofulides malignes, *rupia*, *impetigo rodens*.

Or, un grand nombre de ces prétendues scrofulides ne sont pas de nature scrofuleuse. Le *rupia*, par exemple, peut être syphilitique tout aussi bien que scrofuleux. L'origine des divergences entre Bazin et ses contradicteurs ne reposait donc que sur une fausse interprétation du mot scrofulide, et sur la portée exacte qu'il aurait fallu lui donner.

«Si au contraire, ajoute Bazin, on entend par *lupus* le *lupus tuberculeux* ou *érythémateux*, *ulcéreux* ou non *ulcéreux*, dans ces cas-là, c'est une affection constamment *scrofuleuse*.

A partir de Bazin, nous voyons cette opinion généralement adoptée; il nous suffira de citer les écrits de Hardy, Emile Vidal, Guibout, Hillairet et Gaucher (1), Besnier et Doyon.

«Le *lupus*, disent ces deux derniers auteurs, dans toutes ses espèces, formes et variétés, est une lésion de la *scrofule*.»

Si nous jetons un coup-d'œil sur les écoles étrangères, nous voyons au contraire la plupart des médecins allemands et toute l'École de Vienne repousser absolument l'idée de diathèse *scrofuleuse*; pour eux, le *lupus érythémateux* ne dépend pas de la *scrofule*, pas plus que les autres manifestations *scrofuleuses* en général, qu'ils considèrent comme de simples *phlegmasies* locales absolument indépendantes de tout état constitutionnel particulier, et n'ayant aucune relation les unes avec les autres.

Nous nous bornons à constater la différence radicale qui sépare l'École de Vienne de l'École française.

La principale objection des partisans du *lupus idiopathique* consiste à dire que les sujets affectés de cette maladie présentent d'ordinaire l'apparence d'une bonne santé, et qu'on a vu des cas de *lupus* presque généralisé dans lesquels les malades offrent un aspect robuste, sans aucun trouble fonctionnel. De plus, un grand nombre de sujets atteints de *lupus érythémateux* ne présentent aucun des caractères de la *scrofule*. Enfin, comme dernière objection, on ajoute que, sur des centaines de *scrofuleux* qui ont été observés, on n'a jamais trouvé de *lupus*.

(1) *Traité théorique et pratique des maladies de la peau*. Paris, 1881.

On peut répondre que la scrofule se cache souvent sous des apparences de santé très florissante.

Il est d'observation vulgaire que certains sujets, grâce au développement exagéré du pannicule adipeux, sont loin d'offrir, sous leurs formes rebondies, l'aspect pâle et souffreteux d'un grand nombre de scrofuleux; et cependant un examen sévère fera souvent découvrir, sous ces dehors trompeurs, quelques indices qui mettront sur la voie de l'état diathésique du sujet.

Ces faits restreignent singulièrement les cas de *lupus idiopathique*.

Nous ajouterons avec Devergie que, malgré l'absence de toute trace de constitution scrofuleuse chez ces malades, ils peuvent en avoir eu antérieurement des manifestations. S'il était possible, en outre, de poursuivre une enquête approfondie sur l'état de ces sujets si florissants, de rechercher leurs antécédents et d'étudier l'hérédité directe ou collatérale, il est certain que leur nombre diminuerait considérablement.

Si d'un autre côté on considère comme l'expression de la scrofulose ses manifestations multiples sur l'appareil tégumentaire, interne ou externe, sur l'appareil ganglionnaire lymphatique, sur le tissu cellulaire, les articulations, les os, enfin sur les viscères envahis parfois d'une manière si lente et si insidieuse, il nous paraît bien difficile d'accepter comme absolument indemne de quelque-une de ces lésions un sujet atteint de *lupus érythémateux*, si vigoureuse que soit son apparence.

Nous ferons remarquer d'ailleurs, avec Besnier et Doyon, qu'on observe des cas où des lésions graves de la scrofule peuvent coexister avec une santé générale en apparence florissante, aussi longtemps que ces lésions restent superficielles ou peu étendues, et que les sujets se maintiennent dans de bonnes conditions de nutrition.

De ce que l'on rencontre des lupus érythémateux chez des sujets qui ne portent, en apparence, aucun signe de scrofule, on ne doit pas, à notre avis, en conclure immédiatement qu'ils ne sont pas scrofuleux, car on voit des lésions diverses évoluer dans le tégument, sans retentir sensiblement sur l'économie; le cancer de la peau, par exemple, peut exister chez des sujets qui ne portent en aucune manière la marque du cancer. On doit donc se défier d'une apparence souvent trompeuse, pouvant masquer une scrofule latente, larvée, qui ne cherche qu'une occasion favorable pour éclater.

L'histologie pathologique tend d'ailleurs à confirmer ce que la clinique a déjà démontré, que tout lupus est scrofuleux.

D'après Friedlander (1), les produits du lupus ont de grandes analogies de structure avec les lésions scrofulo-tuberculeuses, et, de plus, on rencontre, en même temps que le lupus, des engorgements et des caséifications des ganglions lymphatiques qui démontrent anatomiquement la parenté du lupus et de la scrofule.

Nous croyons donc pouvoir conclure que la scrofule est la vraie cause prédisposante du lupus érythémateux.

Examinons maintenant quelles peuvent être les autres conditions étiologiques probables qui peuvent jouer le rôle de causes prédisposantes, telles que l'hérédité, l'âge, le sexe, la profession.

On ne sait rien du rôle que joue l'hérédité.

D'après Vidal, l'influence héréditaire semble presque nulle sur son développement.

Le lupus érythémateux ne survient pas indistinctement à tous les âges; sa plus grande fréquence serait de 15 à 25 ans.

Nous empruntons à Devergie quelques renseignements statistiques.

(1) Sur les rapports entre le lupus, la scrofule et la tuberculose.

On observe 24 cas sur 44 pendant cette période. Les enfants qui travaillent les tissus dans les filatures, les métiers de tissage, y seraient particulièrement prédisposés. Il est lié au tempérament lymphatique 28 fois sur 45. Il paraît plus fréquent en hiver que dans toute autre saison. Il se localise à la face 41 fois sur 44; le nez seul est atteint 16 fois.

C'est donc essentiellement une maladie de la figure. Quoique très rare aux deux extrêmes de la vie, Kaposi en a vu un cas chez un enfant de 3 ans, mais il ne l'a jamais observé chez le vieillard. Il serait plus fréquent, d'après lui, chez les femmes que chez les hommes, environ deux fois sur trois.

Causes occasionnelles. — L'hygiène, l'alimentation, peuvent jouer le rôle de causes occasionnelles.

Hillairet et Gaucher insistent particulièrement sur l'influence d'une hygiène vicieuse et d'une mauvaise alimentation. Car, s'il est vrai de dire que l'hygiène est aujourd'hui très bien enseignée, il faut reconnaître aussi qu'en général on ne l'observe guère.

Bouchard a démontré d'ailleurs que, pour réaliser une alimentation parfaite, les substances ternaires doivent être, par rapport aux substances protéiques, dans la proportion de 5 pour 1. Si cette proportion varie dans un sens ou dans l'autre, l'organisme est en souffrance.

On peut admettre aussi comme cause déterminante l'alcoolisme.

Les agents physiques et mécaniques, les milieux extérieurs, jouent probablement un certain rôle, très faible cependant, d'après Bazin.

On a observé que la forme aiguë, confluyente, est de beaucoup plus fréquente chez les femmes que chez les hommes.

Les sujets atteints présentent fréquemment des signes d'anémie, de séborrhée du cuir chevelu, de catarrhe chronique du sommet des poumons, de tuberculose pulmonaire commençante, d'engorgement des ganglions sous-maxillaires, et en général les symptômes d'une altération des fonctions de nutrition, la stérilité, la dysménorrhée chez les femmes, peut aussi être rapportée à la même cause constitutionnelle.

PATHOGÉNIE

Jusqu'à ces derniers temps, on avait cherché vainement à saisir le processus intime en vertu duquel la scrofule agissait pour produire le lupus; mais depuis que les microbes se montrent un peu partout, la question a changé complètement de face.

Il ne s'agit plus de déterminer le mode d'action pathogénique de la scrofule, mais bien de savoir si le rôle qu'on lui avait attribué ne doit pas plutôt appartenir à la tuberculose.

Partant de ce fait, qu'on avait observé des formes mixtes, érythémato-tuberculeuses, on avait admis l'identité de nature du lupus érythémateux et du lupus tuberculeux, de sorte que le premier ne serait autre chose que le stade primitif du second.

Pour Besnier, le lupus est la scrofulose ou scrofulo-tuberculose du derme, et mène à la phtisie. Lailler, Quinquaud (1), partagent la même opinion et admettent sa nature tuberculeuse.

(1) De la scrofule dans ses rapports avec la phtisie pulmonaire. Thèse d'agrégation, 1883.

D'après Vidal, au contraire, jamais l'inoculation du lupus n'a produit la tuberculose.

De sorte que la question qui se pose actuellement est celle-ci : le lupus est-il de nature tuberculeuse ?

Pour la résoudre, on a recherché si les bacilles découverts par Koch comme agents infectieux de la tuberculose se retrouvent dans le lupus.

Deux opinions contraires se trouvent en présence :

Pour les uns, c'est une tuberculose locale (Friedlander, Kœster, Besnier).

Pour les autres, le lupus n'a avec la tuberculose que des analogies morphologiques (Hardy, Vidal, Pick, Baumgarten).

Les uns (Demme, Pfeiffer, Doutrelepon, etc.) ont montré la présence des bacilles dans le lupus.

D'autres, notamment, Cornil et Leloir ont institué des expériences qui les ont conduits à des résultats diamétralement opposés.

Voici en quelques mots le résumé de leurs expériences (1) :

Sur dix cobayes inoculés avec du lupus tuberculeux et qui sont morts spontanément ou ont été sacrifiés, sept n'ont présenté ni tubercules ni bacilles, trois seulement ont présenté une tuberculose miliaire généralisée de la rate, du foie, du péritoine, de l'épiploon, du pancréas, des poumons, etc..... Ces tubercules contenaient un assez grand nombre de bacilles.

Sur deux cobayes inoculés avec du lupus érythémato-acnéique, l'un a présenté à l'autopsie une tuberculose miliaire généralisée, tandis que l'autre a continué à se bien porter.

En outre, des fragments de peau enlevés sur onze malades atteints de lupus, ont été examinés au microscope ; un seul a

(1) Société de biologie, 28 juillet 1883.

présenté des bacilles, et encore le sujet était tuberculeux. La conclusion de Cornil et Leloir est que, si les bacilles existent dans le lupus, ils sont extrêmement rares, et si le lupus est une tuberculose locale, c'est une tuberculose très atténuée.

Dans la discussion qui suivit cette communication, Malassez déclare que ses recherches ont abouti au même résultat négatif. Vidal n'admet pas l'assimilation entre le lupus et la tuberculose, et Cornil émet cette idée que les inoculations de lupus pourront servir de vaccin contre la tuberculose.

En résumé, les expériences sont en trop petit nombre pour qu'on puisse en tirer une conclusion.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Dans les ouvrages spéciaux de dermatologie française parus jusqu'à l'époque actuelle, l'anatomie pathologique fait presque complètement défaut.

Pour Gibert, Rayer, Cazenave, Hardy, le lupus érythémateux résulte d'une inflammation chronique de la peau ou d'une simple dégénérescence. Ils se contentent de l'affirmer sans le démontrer.

Bazin, le premier, en donne une étude anatomo-pathologique qu'il emprunte d'ailleurs à Auspitz (de Vienne).

Le Dictionnaire de Littré et Robin, l'Anatomie pathologique de Ranvier et Cornil ne parlent pas de l'histologie pathologique du lupus érythémateux.

En Allemagne, les recherches furent extrêmement lentes. Lebert n'y consacre que quelques lignes et il ne parle d'ailleurs que du lupus tuberculeux. Virchow n'en dit pas davantage non plus sur ce sujet.

Hébra fait ses premières investigations en 1845 et arrive

à cette conclusion : que le *lupus érythémateux* est dû à une altération des glandes sébacées, qui détermine une prolifération abondante de leur épithélium interne, d'où le nom de «*séborrhée congestive*» qu'il donne à cette lésion.

Les continuateurs d'Hébra, Auspitz, Neumann, Kaposi, Geddings, poursuivirent ses recherches et aboutirent au même résultat. Geddings, qui publia en 1868 le résultat de ses travaux d'anatomie pathologique, trouva les glandes sébacées altérées, et en tira la conséquence que c'était par elles que débutait l'inflammation à forme spéciale du *lupus érythémateux*.

Neumann (1865) (*Traité des maladies de la peau*, 1873), constate la prolifération embryonnaire aussi bien autour des glandes sébacées que dans leur intérieur; il n'en conclut pas moins que c'est la congestion des glandes sébacées qui constitue la lésion primitive.

Kaposi (1) trouve les glandes sudoripares beaucoup plus altérées dans certains cas que les glandes sébacées; aussi admet-il comme incontestable que le point de départ et le siège de la maladie peuvent résider, non seulement dans les glandes sébacées et leur pourtour, mais aussi dans les glandes sudoripares et dans tous les tissus, toutes les couches de la peau, jusqu'au tissu cellulaire sous-cutané.

Nous voyons, en somme, que dans l'École de Vienne les uns (Hébra, Auspitz, Geddings, Neumann) ne reconnaissent à la maladie qu'un point de départ, l'altération des glandes sébacées; d'autres, et Kaposi en tête, vont plus loin et admettent que l'altération peut débiter par les glandes sébacées, les glandes sudoripares et tous les tissus de la peau indistinctement.

(1) Leçons sur les maladies de la peau. Traduction Besnier et Doyon.

La réponse à ces assertions quelque peu hasardées, nous la trouvons dans les recherches de Georges Thin (1).

Cet auteur examina au microscope un morceau de peau provenant d'un homme mort dans le marasme, à la suite d'un lupus érythémateux qui datait de huit ans et qui avait présenté, peu de temps auparavant, quelques éruptions aiguës sur des points jusqu'alors intacts. Une de ces parties fut enlevée sur le premier orteil, à la réunion de la face dorsale avec la face interdigitale, et examinée après un séjour d'une semaine dans une solution d'acide chromique.

Nous donnons l'analyse exacte de son examen histologique.

Les capillaires des papilles, énormément distendus, étaient remplis de globules sanguins rouges; quelques-uns étaient dilatés à tel point qu'une seule anse capillaire remplissait presque une papille de grandeur moyenne. En divers points du derme, on voyait des capillaires offrant le même aspect. Les veines étaient également distendues et remplies de sang, tandis que les artères étaient vides. La même distension et la même accumulation de globules sanguins se voyaient aussi dans les capillaires qui entourent les glandes sudoripares.

La couche de Malpighi, le tissu fibrillaire du chorion et les glandes sudoripares étaient complètement sains.

La section avait été pratiquée en dehors de la région des glandes sébacées qui n'existent aux orteils qu'à la face dorsale, de sorte que dans les différentes coupes qui furent faites on n'en trouva qu'une seule qui même paraissait normale.

Les glandes sudoripares, très volumineuses à cause de leurs fonctions si actives dans cette région, étaient également normales.

Si l'on rapproche ces faits de ceux observés par Hébra,

(1) *On the Pathology of lupus erythematosus, 1875, médecin-chirurg. transactions, v. LVIII.*

Neumann, Geddings et Kaposi, nous voyons qu'il y a contradiction absolue, et que la démonstration de Thin suffit à renverser les théories des dermatologistes de Vienne.

Car si nous cherchons à interpréter le fait observé par Thin, l'énorme distension des capillaires des papilles prouve que la congestion est ancienne, et par conséquent constitue la lésion primitive.

De plus, le fait d'avoir observé les lésions du lupus érythémateux dans des régions dépourvues de glandes sébacées et où les glandes sudoripares étaient intactes, peut être regardé comme un argument sans réplique.

Thin conclut de ses recherches qu'il est impossible actuellement de préciser l'altération primitive qui, dans le lupus érythémateux, détermine la congestion des capillaires, et quel est l'organe spécial de la peau sur lequel siège cette altération primitive; car, pour lui, les altérations des glandes sébacées et sudoripares sont une conséquence et non une cause de la congestion.

Cependant Hébra lui-même avait observé des cas de lupus érythémateux à la paume des mains, où n'existent ni follicules pileux ni glandes sébacées, ce que sa théorie ne pouvait expliquer; aussi en fut-il déconcerté, et il avoue qu'il n'a pu s'expliquer cette anomalie.

Cette explication qu'il n'a pas trouvée, Vidal et Malassez vont nous la donner. Le résultat de leurs recherches concorde parfaitement avec celles de Thin.

Le lupus érythémateux, d'après ces auteurs, ne débute pas par l'inflammation des glandes, mais par l'inflammation de toute la couche superficielle du derme; elle se caractérise par une prolifération générale de cellules embryonnaires autour du réseau capillaire qui environne les follicules et les glandes, prolifération qui enveloppe tous les éléments de cette

portion du derme. Les follicules et les glandes ne sont lésés que secondairement.

Ainsi s'expliquent ces anomalies.

C'est l'opinion que nous croyons devoir adopter pour ce qui nous concerne.

Quant à la marche de la lésion du *lupus érythémateux* les dermatologistes sont généralement d'accord, à Vienne comme en France, pour admettre deux périodes :

- 1^o Une période de néoformation ;
- 2^o Une période d'atrophie et de régression.

La période d'atrophie ne se produit pas toujours et d'une manière fatale. Il peut se faire, à un moment donné du stade inflammatoire, une rémission des symptômes ; une résorption de l'exsudat, de sorte que les taches lueuses peuvent ainsi disparaître sans laisser de traces ; mais le plus habituellement, l'inflammation persiste et la dégénérescence lui succède. Dans ce dernier cas, la lésion se termine par la formation d'une cicatrice.

La description de ces deux périodes a été faite avec le plus grand soin et d'une façon complète par Lelongt (1), d'après des études poursuivies dans les laboratoires d'Émile Vidal et de Malassez.

Nous ne saurions mieux faire, faute d'éléments suffisants pour produire des recherches personnelles, que d'en donner, d'après lui, un exposé succinct.

1^o PÉRIODE DE NÉOFORMATION. — Dans la couche superficielle du derme, les vaisseaux sont dilatés, remplis de globules rouges ; leur endothélium participe à l'irritation, en sorte que c'est autour des vaisseaux capillaires, et principalement par

(1) Lelongt, thèse de Paris, 1877.

leurs cellules endothéliales que se fait la prolifération des cellules embryonnaires, comme il est de règle dans toutes les néoplasies. La lésion commence par les vaisseaux de la périphérie des papilles et des glandes et non par les glandes elles-mêmes,

Le tissu conjonctif voisin s'infiltré de cellules nombreuses; ses corpuscules entrent en prolifération, les cellules embryonnaires s'accumulent autour des vaisseaux, d'abord sur la paroi qui regarde la superficie du derme, puis les enveloppent complètement et se rangent autour d'eux, suivant l'expression de Geber, en colonnes concentriques.

Les lymphatiques participent à l'altération et sont le centre d'une prolifération active.

Ces modifications retentissent plus tard sur les divers appareils de la peau, puis sur le tissu conjonctif, et enfin sur l'épiderme.

Glandes sébacées. — C'est alors seulement que les glandes sébacées sont atteintes par l'inflammation, par conséquent consécutivement à la lésion vasculaire; leur épithélium interne prolifère activement, et il en résulte une hypersécrétion abondante qui explique le mot de séborrhée donné par Hébra à cette lésion. Cette hypersécrétion, de nature grasse, s'étale sur l'épiderme en forme de plaques, et, lorsqu'on soulève le bord d'une de ces plaques, on constate que de sa face inférieure partent des prolongements qui s'enfoncent dans les conduits excréteurs des glandes sébacées correspondantes. Ces plaques sont grisâtres, sèches, très adhérentes, pulvérulentes par le grattage.

Cette forme constitue le *lupus érythémateux acnéique* ou *herpès crétacé de Devergié*. Elle peut exister, d'après Besnier et Doyon, soit à l'état pur sans manifestation hyperhémique,

ou entourée seulement d'une légère aréole érythémateuse, ou bien encore associée au type érythémateux ordinaire.

Follicules pileux. — La même altération gagne les follicules pileux dont la couche épithéliale interne prolifère abondamment; le follicule, dont l'intérieur est envahi par les cellules embryonnaires, est en même temps comprimé à l'extérieur par les éléments provenant des tissus voisins, ce qui amène la disparition du pigment dans le poil, ou bien sa chute, ou sa division en pinceau à l'extrémité libre.

Papilles. — Les papilles changent de forme et de dimension, quelques-unes paraissent normales, d'autres se déforment, se dilatent en tous sens, s'inclinent sur le côté et elles atteignent parfois, d'après Neumann, dix ou douze fois leur volume primitif. Leur stroma conjonctif est envahi par une légère infiltration que l'on retrouve en couche mince à la surface de la papille, formant une ligne de démarcation entre le derme et la couche de Malpighi.

Les papilles, à l'intérieur, offrent des amas irréguliers de cellules embryonnaires. Autour de leur base on voit de nombreuses cellules embryonnaires, et dans les points où la lésion est avancée, une infiltration diffuse qui se remarque surtout autour des capillaires.

La disposition particulière de ces cellules, en quelque point qu'on les examine, constitue l'élément caractéristique du lupus érythémateux. Elles proviennent, d'après Geber, des globules blancs et de la prolifération des corpuscules du tissu conjonctif.

Le tissu conjonctif, dissocié, prend l'aspect du tissu adénoïde.

Ces cellules embryonnaires, d'après M. Vidal, sont très

petites et contiennent un noyau volumineux, qui prolifère par segmentation. La cellule embryonnaire du lupus est plus petite que la cellule syphilitique, caractère insuffisant cependant pour établir le diagnostic.

Dans tous les cas de lupus érythémateux, la néoplasie suit toujours la marche que nous venons de décrire.

Il nous reste à parler de la période de régression.

2^e PÉRIODE DE RÉGRESSION ET D'ATROPHIE. — La régression débute par les éléments embryonnaires qui se sont formés les premiers, c'est-à-dire par les cellules immédiatement voisines des vaisseaux; elles se remplissent de fines granulations, tandis que les autres cellules présentent des granulations plus volumineuses et des gouttelettes de graisse; en même temps le noyau tend à disparaître.

Après l'atrophie de ces éléments embryonnaires, c'est le tour des papilles, des bulbes pileux, des glandes sébacées et sudoripares, du tissu conjonctif, du tissu adipeux, des nerfs de subir la dégénérescence. Il en résulte la destruction des papilles, des glandes, des bulbes pileux, la chute des poils, la disparition des cellules graisseuses, l'altération des nerfs, et comme conséquence la perte de la sensibilité du tissu cicatriciel et la rétraction du tissu conjonctif. Certains vaisseaux sanguins se rétractent, tandis que d'autres restent dilatés.

C'est ainsi que la lésion se termine par l'atrophie complète et la formation d'un tissu cicatriciel dans les régions atteintes.

Lésions de l'épiderme. — Elles sont moins importantes et toujours consécutives à l'altération du derme.

Les cellules épidermiques offrent l'aspect granuleux; elles ont perdu leur pigment, et ne tardent pas à entrer franchement en régression. La coloration rouge des plaques de lupus s'explique par l'hyperhémie du réseau vasculaire qui a

lieu dans la première période ; mais dès que l'atrophie s'est emparée des vaisseaux et des papilles, il en résulte au point correspondant de l'épiderme une cicatrice déprimée qui se produit d'abord au centre de la plaque et se dirige de là vers la périphérie pour envahir les points les plus récemment altérés.

L'atrophie progresse donc du centre à la circonférence ; ce que Bielt avait caractérisé par le nom de : érythème centrifuge.

La période de régression ne détermine pas de suppuration ; c'est bien plutôt une véritable résorption.

En résumé, on reconnaît dans la marche de la lésion du lupus érythémateux deux périodes :

1^o Une période de néoformation, caractérisée par les lésions inflammatoires de la peau, qui affectent une marche et une localisation spéciales.

2^o Une période de régression caractérisée par la dégénérescence granuleuse et la résorption des éléments inflammatoires.

D'après Lelongt, le lupus érythémateux peut se transformer en lupus tuberculeux. Il rapporte dans sa thèse plusieurs observations dans lesquelles on voit coexister les deux affections.

Voici les faits sur lesquels il base son opinion :

Les cellules du lupus érythémateux, comme du lupus tuberculeux, sont caractéristiques par leur petitesse, qui les distingue des cellules d'inflammation, et par leur résistance à la régression, qui explique la lenteur de l'évolution du lupus.

Dans le lupus érythémateux, la lésion siège dans la couche superficielle du derme, et lorsqu'elle envahit les couches profondes, elle constitue le lupus tuberculeux.

Or, la lésion, d'abord superficielle, peut gagner plus tard

les couches profondes du derme, et amener ainsi la transformation du lupus érythémateux en lupus tuberculeux, qui par suite ne constitueraient qu'une même affection à des degrés différents de développement. La première de ces deux formes ne serait que le début de la seconde ; ainsi on a observé des cas dans lesquels une plaque de lupus érythémateux était en voie de guérison au centre, pendant qu'à la périphérie se produisaient des tubercules.

Ce serait la forme érythémato-tuberculeuse.

Quoi qu'il en soit de l'explication de Lelongt, ce qu'il y a de certain, c'est que la coexistence de ces deux formes en un même point a été signalée par d'autres observateurs.

Besnier et Doyon disent, en effet, qu'il existe entre le lupus érythémateux et le lupus tuberculeux, une sous-espèce ou espèce mixte, dans laquelle la lésion cutanée participe morphologiquement des deux espèces principales.

En résumé, malgré les nombreuses recherches qui ont été faites, l'anatomie pathologique du lupus érythémateux n'est pas encore assez complète pour élucider la question si controversée du point de départ de la lésion primitive.

Ce que nous regardons comme positivement démontré, c'est que la lésion n'est pas exclusivement circonscrite aux glandes sébacées, comme le veulent Hébra et Neumann.

Il est certain, au contraire, que l'altération envahit successivement ou simultanément toutes les parties constituantes du tégument au même degré.

SYMPTOMATOLOGIE. — COMPLICATIONS.

La meilleure marche à suivre pour décrire avec méthode le *lupus érythémateux*, nous paraît être d'exposer d'abord les caractères objectifs de la tache de *lupus*, de l'envisager ensuite au point de vue de son mode de développement et de généralisation, et de considérer enfin la forme ou type et l'espèce de la lésion qui le caractérise.

Le premier phénomène que l'on observe consiste dans l'apparition sur la peau d'une ou de plusieurs taches rouges, arrondies, formant une légère saillie en forme de petit bourrelet au-dessus des parties adjacentes, et dont la dimension varie depuis la grandeur d'une tête d'épingle jusqu'à celle d'une lentille. Chacune de ces taches porte à son centre une dépression en forme de godet; tantôt elle présente l'aspect brillant, uni d'une cicatrice, ou bien elle se recouvre dans peu de temps d'une squame d'un blanc nacré, mince et très adhérente. Cette squame est centrale, et les bords rouges de la tache font saillie autour d'elle. L'apparition de la squame caractérise le début et constitue, pour ainsi dire, la première période du *lupus érythémateux*.

Arrivée à ce degré, l'affection peut se développer de diverses manières.

Nous adopterons, à ce point de vue, la division suivante, d'après Besnier et Doyon:

- 1° *Lupus érythémateux discoïde.*
- 2° *Lupus érythémateux agminé ou agrégé.*
- 3° *Lupus érythémateux généralisé.*

1° *Lupus érythémateux discoïde*. — Cette forme peut se développer dans l'espace de quelques mois, mais elle emploie quelquefois un ou deux ans à se constituer.

Les taches que nous avons décrites plus haut s'agrandissent par leur circonférence, le bord rouge surélevé s'étend sur les parties voisines, se recouvre d'une quantité de points noirs, qui ne sont autre chose que des comédons, ou bien présente une ponctuation fine, visible quelquefois à l'œil nu, qui correspond aux orifices glandulaires dilatés et béants. En même temps, le centre se déprime davantage et prend l'aspect d'une cicatrice, ou bien se recouvre de squames sèches et très adhérentes. Les taches ont alors la forme discoïde qui constitue leur caractère distinctif.

Il n'est pas rare de voir ces disques prendre un accroissement considérable, et atteindre des dimensions telles, qu'ils arrivent à recouvrir les joues, les tempes et le visage entier. Ordinairement, leur dimension varie depuis l'étendue d'une lentille jusqu'à la grandeur d'une pièce de 20 c. ou d'une pièce de 5 fr. en argent, et va quelquefois jusqu'à égaler la paume de la main. C'est ce mode particulier d'accroissement excentrique que Bielt avait caractérisé par la désignation « d'érythème centrifuge » qui lui fut conservé pendant quelque temps.

La forme discoïde affectionne particulièrement certaines régions, telles que les joues, le pavillon de l'oreille, les lèvres, le pourtour de l'orifice buccal, le lobule et les ailes du nez, le dos du nez où la lésion ressemble aux ailes déployées d'un papillon, suivant la comparaison d'Hébra, et enfin le cuir chevelu où les parties atteintes sont frappées d'alopécie définitive. On a également observé le lupus érythémateux à la face antérieure des mains et des doigts.

La disposition de ces disques est très variable. Ils peuvent

être isolés ou groupés de diverses façons, mais toujours d'une manière plus ou moins irrégulière.

Ils sont disposés tantôt en lignes courbes, tantôt en lignes serpentineuses, ou bien forment des groupes confluent ou ils sont au contact les uns des autres.

Lorsque la lésion a débuté par le nez, elle tend à envahir symétriquement les deux côtés de l'organe.

Cette tendance se remarque en effet sur le malade qui a fourni le sujet de l'observation 1^{re}.

Il accuse une démangeaison assez intense, principalement sur les limites de la lésion; chez lui, la pression ne réveille aucune douleur.

Pendant cette période, le *lupus érythémateux* offre une couleur rouge, congestive, qui disparaît momentanément sous la pression du doigt. Cette rougeur peut s'accroître par l'effet des émotions morales ou des irritations locales de tout genre, mais elle est toujours plus prononcée à la périphérie qu'au centre.

Lorsque chaque disque a atteint son entier développement, il ne subit plus guère de changements et peut persister dans le même état pendant des années entières. Si la guérison se produit, les plaques pâlisent, se desquament, les bords se décolorent, s'affaissent, se dépriment, et il reste au centre une petite cicatrice blanchâtre.

On voit quelquefois, après la guérison des premiers disques, une nouvelle poussée se produire dans le voisinage, de sorte que la lésion marchant ainsi par reprises successives, peut arriver à une durée de dix, quinze et même vingt ans.

Les complications que l'on observe le plus habituellement sont les suivantes : des adénites sous-maxillaires, sublinguales, le gonflement des parotides et quelquefois l'érysipèle.

D'un autre côté, on voit aussi des sujets offrir l'apparence d'une santé florissante.

2° LUPUS ÉRYTHÉMATEUX AGMINÉ OU AGRÉGÉ.— Le lupus érythémateux peut affecter un autre mode de développement.

Il provient encore des taches primitives que nous avons décrites en premier lieu ; mais il présente une physionomie particulière, qui le sépare nettement de la forme discoïde. Tandis que dans celle-ci, l'accroissement a lieu par l'extension périphérique de chacune des taches, à partir du moment de leur apparition, dans le lupus agminé, au contraire, les taches, une fois formées, ne s'agrandissent plus, mais elles se multiplient.

Pendant que certaines de ces taches poursuivent leur évolution, et arrivent parfois à une guérison rapide, d'autres peuvent rester stationnaires durant des mois entiers, sans subir aucune modification. Il s'en produit constamment de nouvelles, qui viennent se placer à côté des premières, sur les points du tégument qui étaient restés intacts, et remplacer ainsi les taches disparues.

Elles sont agglomérées par groupes distincts, et forment de vastes ilots, plus ou moins rapprochés, dont l'ensemble peut couvrir des régions considérables, telles que la face et le cuir chevelu.

Cette forme est grave, car elle peut s'accompagner de phénomènes sérieux du côté des organes thoraciques et des articulations.

3° LUPUS ÉRYTHÉMATEUX GÉNÉRALISÉ.— Cette forme résulte souvent de l'extension de la précédente. Les taches, disposées d'une façon très irrégulière, ne se bornent plus à occuper seulement le cuir chevelu, le pavillon de l'oreille, les conduits

auditifs, les lèvres, le nez, en un mot la face tout entière, mais elles se répandent sur toute la surface cutanée, le tronc, les membres supérieurs, la face palmaire et dorsale des doigts, les orteils, au point que, dans certains cas, elles se généralisent sur tout le tégument.

Tantôt le développement est lent et presque insensible; tantôt au contraire on voit apparaître une éruption aiguë, qui se généralise rapidement et s'accompagne d'une fièvre intense, avec courbature générale, épanchements articulaires, douleurs ostéocopes et céphalalgie nocturne.

L'érysipèle de la face peut compliquer encore cet état grave, et Kaposi en a observé des cas, avec accompagnement d'un état typhoïde se caractérisant par une température élevée, la sécheresse de la langue, la stupeur et le coma. D'autres complications, manifestations évidentes de la maladie constitutionnelle, qui tient le lupus sous sa dépendance, peuvent également se produire.

On les observe surtout dans cette forme que Besnier et Doyon ont appelée *galopante*, et dont l'évolution rapide peut se terminer par la mort dans moins d'une année.

Ce sont des manifestations cérébrales, pulmonaires, cardiaques et rénales avec néphrite albumineuse.

Malgré les rémissions qui peuvent interrompre le cours de la maladie, on voit bientôt se manifester de nouvelles poussées de taches lueuses, des stases sanguines se produisent aux extrémités, et la mort survient rapidement.

Ces formes malignes n'ont été observées par Besnier et Doyon que chez la femme adulte, de 25 à 55 ans.

On a vu également se produire, dans certains cas, sur les taches de lupus, de petites phlyctènes hémorrhagiques qui se desséchaient et formaient des croûtes, à la chute desquelles on constatait très bien les taches de lupus, avec leur dépression centrale caractéristique. Ces éruptions qui se montrent

quelquefois dans la forme disséminée, sont fort rares dans la forme discoïde.

Au point de vue du caractère prédominant de la lésion, Besnier et Doyon admettent deux types :

1° Le type érythémateux.

2° Le type acnéique.

A ces deux types se rattachent, en outre, une nombreuse série de variétés, dont nous parlerons à propos du diagnostic.

1° TYPE ÉRYTHÉMATEUX. — Ce type est caractérisé par les taches hyperhémiques dont nous avons donné la description au début de ce chapitre. Cette hyperhémie qui siège dans le réseau capillaire superficiel du derme, s'efface momentanément par la pression du doigt, et s'accompagne ou non de téléangiectasies. C'est dans cette forme que l'on peut rencontrer des altérations ambiguës qui simulent l'érythème pernio, l'eczéma ou le psoriasis, selon la variété des phénomènes prédominants.

Si la rougeur des plaques prend l'aspect rouge-vif et luisant à la périphérie, le lupus érythémateux pourra être confondu au début avec l'érythème pernio.

La desquamation s'ajoutant à la rougeur hyperhémique, peut être prise pour un eczéma squameux.

Enfin, une plaque discoïde, formée par une réunion de squames sèches, et d'un blanc brillant, reposant sur une base rouge et circonscrite, simulera parfaitement un psoriasis.

Il est donc utile de distinguer les variétés suivantes :

Lupus érythémateux : pernio, eczématoïde et psoriasiforme. C'est ce que nous ferons au chapitre du diagnostic.

2° TYPE ACNÉIQUE. — Le type acnéique, sébacé ou folliculaire, ne s'accompagne pas de détermination hyper-

hémique, tout au plus s'il offre quelquefois une légère aréole érythémateuse, ou une rougeur éphémère, sur les points où va se montrer la lésion caractéristique. Cette lésion est représentée par des surfaces, tantôt petites, tantôt plus grandes, arrondies ou irrégulières, d'un gris de plâtre, rugueuses, sèches, pulvérulentes au grattage, et recouvertes d'une couche crétacée blanchâtre extrêmement adhérente. Si l'on soulève le bord d'une de ces plaques, on aperçoit des cylindres d'épithélium sébacé, qui partent de sa face inférieure et vont s'enfoncer dans les orifices des glandes correspondantes.

Cette particularité explique leur adhérence.

A cette forme doivent être rapportés l'ichthyose de la face de Bateman, le flux sébacé de Rayer, l'érythème centrifuge de Bielt, la séborrée congestive de Hébra, l'herpès crétacé de Devergie et l'acné atrophique de Chausit.

Ces deux types peuvent également se combiner dans une certaine mesure, et constituer ainsi des variétés mixtes, qui augmentent considérablement la difficulté du diagnostic.

Ces formes ont été désignées sous le nom de : *érythémato-sébacées*.

Une autre variété qui a été signalée, consiste dans l'apparition du lupus tuberculeux, qui vient compliquer le lupus érythémateux; la lésion participe des deux espèces, mais le lupus tuberculeux prédomine ordinairement sur l'autre. Cette forme a été désignée sous le nom de lupus érythémato-tuberculeux.

En dehors des complications que nous avons signalées dans le courant de ce chapitre, on observe des maladies intercurrentes qui viennent singulièrement aggraver le pronostic. Nous citerons en particulier l'arthrite subaiguë, la néphrite parenchymateuse et l'albuminurie, qui a été depuis longtemps signalée dans la scrofule, et fut parfaitement décrite par

Bazin. Cette albuminurie affecte une marche spéciale, intermittente, et suit les mêmes variations que l'affection cutanée. Elle peut rester longtemps latente, et ne s'accompagne pas toujours d'anasarque; certains sujets semblent très bien résister à cette complication, et leur état général présente longtemps encore un aspect satisfaisant.

Le traitement la modifie au point qu'elle peut disparaître en même temps que la lésion cutanée (Bazin, Besnier et Doyon). Quoique ces lésions apparaissent sous l'influence du lupus érythémateux, elles ne sont cependant pas sous sa dépendance. Elles se rattachent au contraire à l'état constitutionnel du sujet, qui est ordinairement la scrofule, et doivent être considérées, avec le lupus, comme « des manifestations de la même condition morbide supérieure, et non » comme le résultat les unes des autres. » (Besnier et Doyon.)

Nous avons signalé l'érysipèle parmi les complications du lupus érythémateux; il n'est pas inutile, croyons-nous, d'en dire quelques mots.

Il n'est pas très rare d'observer l'érysipèle dans le courant de l'affection lupeuse, principalement dans les formes érythémato-sébacées; il affecte une marche aiguë et présente une grande gravité; il est fréquemment accompagné de manifestations du côté du cœur, des reins, ou des articulations. On le voit succéder parfois à des cautérisations, à l'emploi des caustiques en général, ou aux opérations qui ont été pratiquées sur la partie malade (râclage, scarifications ponctuées, linéaires, etc...). Mais il peut aussi survenir spontanément, et sans que l'on ait pratiqué aucune espèce de cautérisation ni d'opération sur le lupus. C'est surtout dans les salles d'hôpitaux, qu'il est important de se prémunir contre cette éventualité.

L'apparition de l'érysipèle sur les surfaces lupeuses peut

encore provoquer la disparition du lupus érythémateux, et faire croire à une guérison définitive. Mais il n'en est rien ; la lésion reparaît forcément au bout d'un temps plus ou moins long, et cette prétendue guérison n'est jamais que momentanée (Besnier et Doyon).

Courbon (1) va même plus loin et soutient que l'érysipèle n'a aucune influence sur les lésions cutanées scrofuleuses.

Voici du reste ses conclusions :

1° L'érysipèle est beaucoup plus fréquent chez les personnes scrofuleuses que chez les personnes non scrofuleuses.

2° L'érysipèle présente chez les scrofuleux une marche spéciale qui permet d'en faire une variété bien distincte.

3° L'érysipèle scrofuleux est notablement plus fréquent chez les filles que chez les garçons, et se manifeste chez elles à l'âge où s'établit la menstruation.

4° L'érysipèle scrofuleux est bénin ; sa marche est rapide ; il se termine toujours par résolution, mais atteint souvent le même malade et à des époques très rapprochées.

5° L'érysipèle scrofuleux ne paraît pas contagieux ; il ne paraît pas non plus se développer plus fréquemment après les traumatismes.

6° L'érysipèle scrofuleux, lorsqu'il se manifeste autour des lésions cutanées, scrofuleuses, ne paraît pas sensiblement les modifier ; le lupus scrofuleux, par exemple, n'est pas arrêté dans sa marche envahissante.

7° L'érysipèle scrofuleux est sans influence sur la marche ultérieure de la scrofulé.

(1) De l'érysipèle scrofuleux, thèse de Paris, 1872.

DIAGNOSTIC.

Le diagnostic du lupus érythémateux repose sur ses symptômes, sa marche, sa durée. Abstraction faite du lupus acnéique, dont nous avons fait la description, et de la forme aiguë disséminée, qui affecte une marche rapide, le lupus érythémateux se reconnaîtra aux caractères suivants : taches rouges, légèrement saillantes, arrondies, régulières, circonscrites, permanentes, grandes ordinairement comme une lentille, s'effaçant par la pression, et présentant à leur centre une dépression recouverte d'une petite squame blanchâtre.

Si en outre on considère qu'il peut rester longtemps stationnaire, et si l'on tient compte de sa marche lente, presque insensible, de sa durée quelquefois indéfinie, on aura des éléments de diagnostic suffisants dans la plupart des cas.

Mais il est des circonstances, rares à la vérité, où le diagnostic devient difficile; le lupus érythémateux pouvant être simulé, soit par des variétés voisines, soit par certaines syphilides, ou bien encore par diverses dermatoses.

Aussi allons-nous essayer d'établir le diagnostic différentiel entre le lupus érythémateux et les diverses affections avec lesquelles il peut être confondu.

1° Nous distinguerons, en premier lieu, le *lupus érythémateux acnéique*, *herpès crétacé de Devergie*, caractérisé par des plaques de volume variable, irrégulières, d'un blanc grisâtre, pulvérulentes, et recouverte d'une couche crayeuse, blanchâtre, très adhérente. De plus, les cylindres cornés que l'on voit s'élever des cryptes sébacés jusqu'à la face inférieure

des plaques, lorsqu'on soulève une d'entre elles, ajoutera à la certitude du diagnostic.

2° *Le lupus tuberculeux commun*, ou lupus élevé, sera toujours facilement reconnaissable au volume de ses tubercules, qui varie depuis un grain de millet jusqu'à un gros pois, à leur élévation, à leur situation profonde dans le derme, à leur disposition en plaques saillantes, inégales, rugueuses, et dont la vue ou le toucher perçoivent très bien la saillie et l'enchassement dans les couches profondes de derme.

3° *Le lupus tuberculeux plan*, lupus maculeux de Neumann, lupus érythémato-tuberculeux, se rapproche davantage du lupus érythémateux. Il est caractérisé à son début par de petites nodosités du volume d'un grain de mil ou d'une tête d'épingle, très profondément situées dans le derme, mais ne dépassant pas le niveau de la peau; l'épiderme lisse, luisant, ou bien plissé et exfolié, laisse voir par transparence ces petites nodosités, reconnaissables à leur coloration rouge-brun, et dont la rougeur ne disparaît pas sous la pression du doigt.

Mais la confusion sera évitée si l'on considère que, dans le lupus érythémateux, les taches sont saillantes, surélevées, s'effacent complètement par la pression, et présentent dès le début la dépression centrale et la squame caractéristiques.

Parmi les syphilides, il est important de distinguer *la roséole syphilitique* et *la syphilide squameuse*.

4° *La roséole syphilitique* est caractérisée par des plaques variant de l'étendue d'une lentille à celle d'une pièce de un franc, de couleur rose-pâle ou cuivrée, rondes ou ovales, planes, pâlistant sous la pression du doigt, sans limites bien distinctes, plus colorées au centre; elles siègent sur la partie

antérieure du tronc, sur les flancs, et aux membres sur le côté de la flexion.

Cette affection se distinguera donc du lupus érythémateux, par son siège, la coloration des plaques mal délimitées et non saillantes, et l'absence de dépression centrale.

5° *La syphilide squameuse*, syphilide papuleuse de certains auteurs, souvent localisée à la face, sur le front, le sillon nasolabial, autour des orifices buccal et nasal, peut être prise pour un lupus érythémateux.

Elle laisse en effet à la fin de son évolution une petite dépression atrophique, blanchê, qui rend la confusion facile. Mais comme elle débute sous forme de papules, parmi lesquelles on en trouve à différents degrés de développement, la présence de quelques-unes de ces papules facilitera le diagnostic.

La papule en effet se reconnaîtra à sa forme lenticulaire, à son volume, à sa couleur rouge-brun, à sa consistance dure; de plus, elle est luisante et proéminente. A la fin de son évolution, elle se recouvre de squames, et laisse à sa suite la dépression signalée plus haut.

Enfin, on devra également tenir compte des antécédents, des phénomènes concomitants, et de la marche plus rapide de la maladie syphilitique. Dans les cas douteux, le traitement servira à éclairer le diagnostic.

6° *L'érythème simple* débute brusquement, par des taches d'un rouge vif, séparées par des intervalles où la peau est restée saine. La rougeur présente des bords mal limités, un peu diffus et s'efface complètement par la pression; l'érythème ne dure que quelques jours et se termine par résolution ou par une légère desquamation.

Bien différente est la physionomie du *lupus érythémateux* qui se développe très lentement, dure souvent plusieurs années et dont les taches présentent des bords bien limités et saillants.

7° *Dans l'érythème pernio*, les parties affectées sont rouges, gonflées, luisantes, douloureuses; elles sont le siège de démangeaisons très vives; elles ne s'accompagnent pas de desquamation, et, de plus, elles peuvent s'ulcérer.

Ces caractères suffisent pour rendre impossible la confusion avec le *lupus érythémateux*.

Les variétés du *lupus érythémateux* désignées par Besnier et Doyon, sous les noms de *pityriasiformes*, *psoriasiformes*, *eczématoïdes* peuvent être facilement confondues avec le *pityriasis*, le *psoriasis* et l'*eczéma*, lorsque ces affections siègent sur la face ou le cuir chevelu.

8° *Le pityriasis* débute ordinairement par une rougeur vive superficielle, s'accompagnant d'un léger prurit (*pityriasis rubra*), qui se recouvre dans peu de temps d'une poussière blanche (*pityriasis alba*), ou de petites squames, qui tombent d'elles-mêmes ou par un léger frottement et se reproduisent rapidement. Il ne dure que quelques jours, ou bien peut passer à l'état chronique.

Si l'on considère que les petites dépressions cicatricielles qui existent au centre des taches de *lupus* sont pathognomoniques de cette affection et que rien de semblable ne se voit dans le *pityriasis*, aucune confusion ne sera possible.

9° *Le psoriasis* est caractérisé par des efflorescences qui se présentent sous forme de petites élevures solides, d'aspect rouge-brun, du volume d'une tête d'épingle, pâlisant à la pression et se recouvrant dans quelques jours d'une petite

squame d'un blanc nacré et peu adhérente. Si l'on enlève cette squame par le grattage, le réseau vasculaire des papilles se laisse facilement déchirer et l'on voit sourdre sur la tache psoriasique de fines gouttelettes sanguines, correspondant à autant de capillaires lésés. Le psoriasis, à la période d'état, est donc constitué par des amas de squames blanches, dures, sèches, imbriquées, formant des élevures ou des plaques qui reposent sur une base circonscrite, rouge et saignant facilement. Ces plaques ne sont jamais déprimées à leur centre.

Le diagnostic différentiel devra se baser sur l'ensemble de ces caractères et surtout sur les deux signes distinctifs suivants :

Psoriasis. — Pas de dépression centrale et pointillé sanguinolent produit par le grattage.

Lupus érythémateux. — Une dépression centrale et pas de pointillé sanguinolent par le grattage.

Le diagnostic peut être cependant fort difficile dans certains cas, même pour les grands maîtres, témoin l'erreur commise par Bazin à l'hôpital Saint-Louis et citée par Bartoszewics.

Une jeune fille atteinte d'un lupus érythémateux de la face d'un diagnostic difficile, se trouvait dans le service d'Em. Vidal, qui fit appel aux lumières de Bazin. A deux reprises différentes, Bazin porta le diagnostic psoriasis, tandis que la marche ultérieure de la maladie démontra qu'il s'agissait en réalité d'un lupus érythémateux.

10° Eczéma squameux. — C'est surtout à la période de desquamation que l'eczéma peut ressembler au lupus érythémateux. Mais il est toujours possible de rencontrer, à

côté des points où la lésion est parvenue à l'état squameux, d'autres régions où elle n'est encore qu'à l'état vésiculeux ou impétigineux. Dans ce cas, l'aspect particulier des vésicules, très petites, très rapprochées les unes des autres, sécrétant une sérosité citrine qui empêche le linge, ou l'état des surfaces rouges, humides et suintantes mises à nu, lorsqu'on enlève les croûtes formées, suffiront pour établir le diagnostic, surtout si l'on tient compte de ce fait que l'eczéma ne présente jamais la dépression centrale caractéristique du lupus érythémateux.

11° Engelures perniones. — Il est des troubles trophiques consécutifs à des lésions nerveuses, à d'anciennes gelures qui présentent quelques analogies avec certaines formes de lupus érythémateux. La peau est violacée, marbrée, le tissu sous-cutané épaissi; mais la lésion est plus diffuse que dans le lupus; l'épiderme ne se détache pas comme dans cette affection, il existe des troubles de la sensibilité (hyperalgésie et anesthésie...) tout autour des points malades. Enfin, on tiendra compte des antécédents du malade.

Les engelures qu'on a appelées perniones, siègent aux mains et aux pieds, parfois au nez, aux joues et aux oreilles; elles ne surviennent que lorsque les parties atteintes ont été réchauffées, après avoir été exposées longtemps au froid. Elles produisent des picotements et de vives démangeaisons, qui n'existent pas dans le lupus érythémateux.

Cette lésion se présente sous forme de plaques saillantes, de couleur rouge-vif sur leur pourtour et livide au centre; leur dimension égale souvent celle d'une pièce de cinq francs en argent, ce qui constitue un bon caractère différentiel. La douleur, la sensation de chaleur et le prurit augmentent régulièrement le soir, ce qui n'existe pas dans le lupus éry-

thémateux. Ces caractères nous paraissent suffisants pour différencier les deux lésions.

MARCHE. — DURÉE. — PRONOSTIC.

L'évolution du lupus érythémateux, ordinairement très longue, peut dans certains cas avoir une durée remarquable, et se prolonger pendant 10, 15 et même 20 ans.

Il peut subir des temps d'arrêt, pendant lesquels la lésion paraît rester stationnaire; puis surviennent, à intervalles plus ou moins irréguliers, de nouvelles poussées, de nouvelles éruptions, qui impriment à sa marche une allure tout à fait spéciale, en sorte qu'il est souvent fort difficile d'en apprécier la durée.

Certains cas cependant paraissent suivre une marche relativement assez régulière, de même que certaines formes, notamment la forme généralisée, peuvent évoluer avec une grande rapidité. C'est ce qui légitime la division que l'on a proposée à ce point de vue: on distingue la forme aiguë, la forme subaiguë et la forme chronique.

C'est à cette dernière forme que l'on doit rattacher le lupus érythémateux discoïde, dont la marche est toujours de longue durée.

Le lupus érythémateux agminé, par son évolution plus rapide, sa tendance à recouvrir de grandes surfaces, pourrait être rapporté à la forme subaiguë.

Enfin, la forme aiguë appartient surtout au lupus érythémateux galopant généralisé, qui peut se terminer par la mort dans moins d'une année à partir du début de la lésion. Il est des cas cependant où loin d'être rapide, le lupus érythé-

mateux généralisé affecte une marche extrêmement lente. Besnier et Doyon citent le cas d'une infirmière de l'hôpital Saint-Louis, qui se trouve dans cet état depuis plusieurs années, et qui continue son service malgré l'œdème des membres inférieurs et l'albuminurie qui compliquent son état.

Lorsque le lupus érythémateux se termine par résolution, et que les plaques ont disparu sans atteindre la période de régression ou d'atrophie, il n'en résulte ni cicatrices, ni déformation aucune. Mais cette terminaison est rare, et il est beaucoup plus ordinaire de le voir accomplir toutes ses périodes; il laisse alors des cicatrices plus ou moins régulières, et même des rétractions et des déformations fort disgracieuses, si la maladie a été livrée à elle-même.

C'est ici le cas de signaler par avance les avantages marqués du traitement par les scarifications, ponctuées ou linéaires, qui ne laissent qu'une cicatrice très limitée et peu apparente.

La forme disséminée marque son passage sur la face par de petites dépressions cicatricielles qui rappellent les traces que laisse la petite vérole, et sur le cuir chevelu par la chute des cheveux et une alopécie définitive sur les régions atteintes. Mais toutes les variétés de lupus érythémateux peuvent laisser après leur guérison au pourtour des cicatrices, des télangiectasies.

Le pronostic du lupus érythémateux est très variable.

Favorable dans la forme discoïde, qui n'a en général que peu d'influence sur l'état général, et qui est compatible avec un état florissant de santé, il acquiert plus de gravité dans la forme disséminée et devient tout à fait grave dans la forme généralisée.

Dans cette dernière variété, en effet, outre l'érysipèle intense de la face, on doit se prémunir contre l'éventualité des manifestations cérébrales et des manifestations pulmonaires. Kaposi signale, dans ce dernier cas, quatre morts sur huit

malades. Le pronostic est encore aggravé par cette circonstance, que le traitement est difficilement applicable à une lésion aussi étendue, qui occupe en même temps un grand nombre de points différents, et qui donne naissance à une foule de plaques nouvelles, se développant dans les régions les plus inattendues.

Nous ajouterons, en terminant ce chapitre, que le médecin ne saurait être trop prudent dans le pronostic de cette affection ; il doit se garder d'être trop affirmatif dans ses prévisions de succès, car il s'exposerait à être démenti par les faits.

Il peut arriver, en effet, selon la remarque fort juste de Kaposi, qu'un lupus érythémateux disséminé, durant depuis plusieurs années, disparaisse radicalement en quelques semaines, tandis qu'au contraire un seul disque, offrant l'aspect le plus favorable, se montrera rebelle à toute espèce de traitement, et continuera à se développer par l'adjonction de nouvelles taches, au point de durer plusieurs années, quelques efforts qu'on fasse pour s'en rendre maître.

On ne devra pas non plus laisser ignorer au malade que si certaines taches peuvent disparaître sans laisser de traces, la lésion laissera le plus souvent après elle des cicatrices et des télangiectasies.

TRAITEMENT.

S'il est vrai de reconnaître qu'un certain nombre de sujets atteints de lupus érythémateux présentent un état général satisfaisant, et ne paraissent pas en puissance de scrofule, malgré l'examen le plus attentif, il en existe par contre un

bien plus grand nombre qui présentent, d'une façon manifeste, les attributs de la diathèse scrofuleuse.

Habituellement, l'aspect général dénote une altération profonde de la nutrition, et l'on constate chez la plupart des sujets, tantôt une débilité et une maigreur exagérées ou un embonpoint précocce, un développement incomplet et des formes disproportionnées ou un état général caractérisé par la chlorose, l'anémie, la dysménorrhée, le catarrhe pulmonaire chronique et même la tuberculose commençante. De là, pour le traitement, deux sources d'indications, fournies par l'état constitutionnel du sujet et par la lésion locale.

Aussi diviserons-nous le traitement en général et local.

TRAITEMENT GÉNÉRAL

Il doit comprendre des moyens hygiéniques et des moyens toniques et reconstituants. Nous les indiquerons rapidement, afin de pouvoir nous appesantir davantage sur le traitement chirurgical dont l'importance est beaucoup plus considérable.

Comme hygiène, les conditions de milieu ne seront pas indifférentes. Un air pur, un climat tempéré, une habitation saine, exempte d'humidité, où l'air soit fréquemment renouvelé, afin d'éviter l'accumulation d'acide carbonique, où les rayons solaires pénètrent librement, voilà quelques-unes des conditions les plus élémentaires.

Les rayons solaires notamment sont indispensables au bon fonctionnement de certains organes, et spécialement de l'enveloppe cutanée.

On ajoutera à cela une bonne alimentation, un régime subs-

tantiel, composé de viandes rôties, de légumes frais, de laitages, de vins généreux, les exercices gymnastiques afin de favoriser les fonctions cutanées, les fonctions respiratoires et le développement musculaire; le séjour dans les montagnes, pendant l'été, les bains froids, les eaux thermales, et notamment les bains de mer. Les eaux sulfureuses, telles que les eaux de Barèges, Bagnères-de-Luchon, Aix en Savoie, Uriage, etc..., seront également très utiles.

Comme médication interne, on prescrira les amers, les toniques, les ferrugineux.

Parmi les amers, on emploiera de préférence la gentiane, le houblon, le vin et le sirop antiscorbutiques, dont le raifort, le cresson, le cochléaria, les semences de moutarde noire, ainsi qu'un grand nombre d'autres crucifères forment la base, la petite centauree, le trèfle d'eau, les glands torréfiés, et enfin, comme toniques, les différentes préparations de quinquina et les ferrugineux. L'action de ces médicaments consiste à stimuler l'appétit et les fonctions digestives, et à activer les fonctions d'assimilation dans les divers systèmes de l'économie, dont ils augmentent ainsi la force d'une manière durable.

Nous ajouterons une mention spéciale pour l'huile de foie de morue, que l'on administrera en commençant par une cuillerée, et en augmentant graduellement jusqu'à cinq et six cuillerées par jour. D'ailleurs, en règle générale, le malade en prendra autant qu'il en pourra supporter, et la dose n'aura pas d'autres limites que la conservation de son appétit et l'intégrité de ses fonctions digestives. Bazin, qui le premier en a indiqué le véritable mode d'emploi, l'administrait à des doses véritablement énormes, jusqu'à un verre par jour.

On en retire d'excellents effets aux doses que nous avons indiquées plus haut.

Nous arrivons enfin à l'iode, dont l'action réellement spécifique, n'est pas encore bien connue. Il tend à produire l'atrophie des ganglions lymphatiques ; par quel mécanisme ? c'est ce que l'on n'explique pas. Quoi qu'il en soit, on en retire des résultats incontestables, et son action est véritablement héroïque.

C'est depuis Coindet et Lugol que son usage s'est généralisé en France, et on l'administre aujourd'hui sous toutes les formes. A dose élevée, c'est un poison irritant ; à dose modérée, il devient simplement altérant, et il exerce une action stimulante qui se fait sentir sur toutes les muqueuses.

L'iode métalloïdique est rarement employé ; on l'associe au potassium, à l'ammonium, au zinc, au soufre et au fer. Les préparations les plus employées sont, en premier lieu, l'iodure de potassium à la dose de 2 à 4 gr. par jour, l'iodure de fer depuis 10 c. jusqu'à 2 gr. et l'iodure de soufre à la dose de 20 c. Colligan et Anderson ont employé avec succès l'iodure d'amidon à la dose de trois à quatre cuillerées à café par jour, dans un véhicule aqueux et non alcoolisé.

Pour en finir avec la médication interne, il nous reste à parler de l'iodoforme.

Besnier et Doyon ont institué, à l'Hôpital Saint-Louis, des expériences pour déterminer l'influence de l'iodoforme à l'intérieur. Ils emploient l'iodoforme à haute dose, de 50 centigr. à 1 gr. 10 ; ils citent deux cas de guérison par ce moyen ; dans le premier cas, la lésion occupait la face, et dans le second, la face et le dos des mains ; ils affirment qu'en prolongeant l'usage du médicament, on possède un moyen thérapeutique précieux. Le seul inconvénient consiste dans un peu de salivation.

TRAITEMENT LOCAL OU CHIRURGICAL.

Parmi les moyens et les méthodes de traitement qui peuvent être mis en pratique, dit Kaposi, il faut choisir ceux qui n'occasionnent pas plus de difformités et de lésions de la peau que la maladie elle-même.

Il faut donc débiter par l'emploi des caustiques légers, qui n'agissent que superficiellement, ne recourir aux moyens plus énergiques que dans le cas où les premiers n'agissent pas suffisamment, et revenir aux premiers, dès qu'on aura obtenu un peu d'amélioration.

Nous ferons une revue rapide des principaux moyens topiques employés, pour arriver aux scarifications, sur lesquelles nous insisterons particulièrement.

Au premier rang des topiques irritants légers, nous trouvons : l'huile de cade, l'huile de noix d'acajou, l'iode caustique et le bi-iodure de mercure, que Hardy employait comme modificateur substitutif, mais sans grand succès. Il détermine ainsi une sorte d'érysipèle artificiel, qui agit comme l'érysipèle spontané qui vient quelquefois compliquer la lésion primitive, et peut en amener la disparition.

Le savon de potasse a été employé par Hébra, Kaposi, Vidal, Lailler, soit seul, soit concurremment avec d'autres médications caustiques. On l'a également associé dans différentes formules à une foule de substances, telles que l'alcool, l'iode, le goudron, le sulfure de potassium, le camphre. Hébra et Kaposi se servent de la formule suivante, qui peut produire de bons effets :

Savon de potasse.....	...	120 gr.
Alcool rectifié.....		60 —

Faites digérer 24 heures, filtrez et ajoutez :

Alcoolat de lavande 8 gr.

On l'étend sur de la flanelle, que l'on applique sur la lésion.

Vidal, qui emploie très souvent, à l'hôpital Saint-Louis, les caustiques superficiels, se sert également de la formule d'Hébra, et il applique ensuite le sparadrap de Vigo ou le sparadrap rouge (au minium et au cinabre) d'après la formule suivante :

Emplâtre rouge.

Emplâtre simple 26 grammes.

Minium 2,50 cent.

Cinabre 1,50 cent.

On étend sur du sparadrap ordinaire.

Lailler a substitué à la formule d'Hébra au savon de potasse, la suivante, qui a l'avantage d'être plus consistante et de posséder une odeur beaucoup plus agréable.

Crème de savon des parfumeurs 100 gr.

Potasse caustique 0.20 à 0.50 c.

Ajouter : teinture de benjoin 10 gouttes.

Si le savon de potasse n'agit pas suffisamment, on pourra recourir à des caustiques un peu plus énergiques, tels que la potasse en solution concentrée, une partie sur deux d'eau distillée, l'ammoniaque, l'acide acétique, et en dernier lieu seulement, l'acide chlorhydrique. Ces topiques sont appliqués avec un pinceau dur ; les bords des plaques l'ulcéreuses laissent d'abord suinter un peu de sérum sanguinolent, et au bout de peu de jours, pâlisent et tendent à s'affaïsser. On complète la guérison par des lotions au savon.

On obtient de bons résultats des préparations sulfureuses,

de l'iode, de la glycérine iodée, qu'on étend avec un pinceau sur les parties malades.

La glycérine iodée, employée en injections, donnerait de bons résultats, d'après el docteur Schiff. (*Annal. de Dermat.*).

Ce procédé consiste à introduire dans chaque plaque lupeuse une aiguille conique trempée dans la glycérine iodée : 4 d'iode pour 20 de glycérine.

On ajoute à l'aiguille une petite piquette en gomme, qui permet de faire l'injection au moment où on enfonce l'aiguille. On pourrait employer également la seringue de Pravaz.

Schiff cite une observation de guérison par ce moyen employé comparativement à la pommade pyrogallique.

En voici le résumé :

OBSERVATION

Jeune fille de 38 ans. Lupus érythémateux des deux joues et de la face dorsale du nez. Le nez et la joue gauche sont traités par les injections de glycérine iodée. La joue droite par la pommade pyrogallique (1 gr. sur 10). Le lupus, traité par l'iode et la glycérine, a disparu presque complètement, tandis que sur la joue droite l'affection fut réduite aux dimensions d'une noisette.

Il survint une légère récédive au bout d'un an ; on reprit les injections et la guérison fut obtenue.

L'*iodoforme* en poudre, appliqué par la méthode endermique, aurait également de bons résultats selon le Dr Richl (*Annales de Dermatologie*).

Après avoir dénudé la peau sur le point malade, à l'aide d'une solution de chaux caustique, 5 gr. pour 10 gr. d'eau distillée, qu'il laisse en place de une demi-minute à deux minutes, il applique sur le point mis à nu une couche de 1 à 2 millim. d'iodoforme finement pulvérisé, et il le maintient avec de la ouate et des bandelettes de diachylon. L'iodoforme

est resté appliqué, selon les cas, pendant trois, cinq et huit jours. Il n'a jamais trouvé de suppuration. L'application de l'iodoforme n'est pas douloureuse. Les avantages de cette méthode consistent, d'après l'auteur, dans la possibilité de laisser le pansement longtemps, et dans l'amélioration rapide qui se produit.

L'emploi de l'acide phénique, de l'acide salicylique, de l'onguent de Rochard, de la pommade au précipité blanc, n'ont pas donné de résultat entre les mains de Kaposi. Par contre, il attribue des effets remarquables à l'emploi de l'emplâtre mercuriel.

Les agents énergiques, tels que l'acide sulfurique, l'acide nitrique, le chlorure de zinc, l'acide chromique, ne doivent jamais être employés à cause des désordres considérables qu'ils produisent.

La pommade à la chrysarobine et à l'acide pyrogallique a été parfois utile.

L'enveloppement par le caoutchouc, praticable lorsque le lupus siège sur les mains, et dont le Dr Colson (de Beauvais) a eu la première idée, agit, d'après Hardy, comme un antiphlogistique puissant. Il a été employé successivement par Hardy, Hébra, Fournier, Guibout, Besnier, Vidal.

Weiss (de New-York) a obtenu de bons résultats d'une solution au 30° d'acétate de soude, qu'il applique en compresses trois fois par jour; il recouvre ensuite de taffetas, et il obtient un véritable bain local; le malade n'éprouve qu'une cuisson très supportable.

Enfin, Kaposi (1881) cite un cas de guérison par le naphthol en pommade ou en solution.

Voici les deux formules qu'il emploie :

1° Pommade.

Axonge.	400 gram.
Savon médicinal.	50 —
Craie blanche préparée. . . .	40 —
Naphtol.	45 —

La *solution* de naphtol est faite dans l'alcool hydraté ; au début, il employait une solution contenant 5 p. 100 de naphtol ; puis il employa des solutions plus faibles, à 2 p. 100, à 0,50 p. 100, et même à 0,25 p. 100.

La solution serait plus favorable que la pommade ; mais dans le lupus vulgaire, le naphtol serait impuissant.

Thermo-cautère et galvano-cautère.

Plusieurs auteurs ont proposé dans ces derniers temps de remplacer le râclage et les scarifications par le thermo-cautère et le galvano-cautère.

Kaposi, avec la plupart des auteurs, recommande l'emploi du thermo-cautère de Paquelin, qui produit très peu de douleur. Il est basé sur le principe suivant : le platine jouit de la propriété, après avoir été préalablement chauffé, d'arriver immédiatement à l'incandescence, lorsqu'il est mis au contact d'un mélange gazeux d'air et de certaines vapeurs hydrocarbonées (pétrole, essence minérale). L'incandescence se maintient aussi longtemps que les vapeurs arrivent au contact du platine. Cet appareil est en usage à l'hôpital Saint-Éloi.

Il existe en ce moment dans le service chirurgical un cas de lupus érythémateux dont nous donnons l'observation, et contre lequel ce moyen a été successivement employé par

M. le professeur agrégé Roustan et par M. le professeur Dubrueil. Les résultats paraissent satisfaisants, et l'amélioration sensible qui a été constatée, permet d'espérer que la guérison résultera de la persistance du traitement.

On se sert, dans ce cas particulier, de l'ignipuncture pratiquée à l'aide d'un fil de platine.

Le galvano-cautère est aujourd'hui très employé par Besnier, sous la forme d'une pointe fine de platine; on obtient ainsi une série de ponctions ignées qui produisent des cicatrices extrêmement lisses et régulières (1).

ACUPUNCTURE CAUSTIQUE.

Procédé de Dubini.

Dubini employa le premier l'acupuncture caustique, qui consistait à faire des ponctions sur les points malades pour favoriser la pénétration du caustique. Il se servait également, dans ce but, du révulseur de Baunscheidt, qui contient quarante aiguilles mises en mouvement par un ressort, de façon à produire instantanément et d'un seul coup quarante piquûres.

Cette méthode est inférieure à la méthode des scarifications linéaires que nous décrirons plus loin.

Râclage.

Cette méthode est basée sur ce fait, que les plaques de lupus, très friables, se laissent facilement entamer par une curette appropriée (curette de Wolkmann), et que toute la

(1) Besnier, le Lupus et son traitement, *Annales de dermatologie*, 1883.

portion lésée peut être facilement détachée par le grattage, tandis qu'au contraire les tissus sains périphériques ne se laissent que très difficilement pénétrer par l'instrument.

Cette méthode est beaucoup plus applicable au lupus tuberculeux. Dans le lupus érythémateux, elle peut être indiquée dans certaines formes agminées, constituées par de vastes flots, ou bien lorsque la lésion se localise dans les cavités nasale ou buccale, ainsi qu'on en voit des exemples, et dans lesquelles les scarifications linéaires ne sont pas aisément applicables; et même, dans ces cas, la lésion peut toujours être atteinte par l'ignipuncture, comme dans l'observation que nous publions.

Le râclage est en outre passible d'un reproche capital, si bien formulé par Hébra: la curette n'atteint que le sommet des montagnes et ne pénètre pas dans le fond des vallées.

SCARIFICATIONS PONCTUÉES.

Procédé de Volkmann.

Le professeur Volkmann (de Halle) fit connaître le premier le traitement du lupus érythémateux par les scarifications ponctuées et multiples. Il commençait par opérer le râclage, et après avoir ruginé avec soin la surface dermique, il pratiquait les scarifications ponctuées pour atteindre plus sûrement les foyers les plus profonds.

Le docteur Veiel modifia le procédé de Volkmann en faisant suivre les scarifications ponctuées de cautérisations avec une solution de chlorure de zinc (chlorure de zinc et alcool, parties égales). D'après lui, cette cautérisation détermine la

formation de petites croûtes qui se détachent du sixième au dixième jour. On peut alors recommencer l'opération.

En général, 8 à 10 scarifications suffisent pour obtenir une guérison complète. On donne en même temps à l'intérieur l'huile de foie de morue et l'arsenic, suivant les indications.

Après le traitement, on applique pendant quelque temps encore, sur les parties malades, l'emplâtre mercuriel.

Les scarifications sont faites au moyen d'un instrument muni de six lames de lancette parallèles. A l'aide de cet appareil, l'opération demande de 8 à 10 minutes, et la perte de sang est insignifiante (1).

On peut reprocher à ce procédé l'emploi du chlorure de zinc, caustique très énergique, extrêmement douloureux, qui produit des destructions considérables et des cicatrices saillantes très irrégulières. Ses avantages ne compensent pas ses inconvénients, et son usage doit être restreint à quelques cas particuliers.

SCARIFICATIONS LINÉAIRES.

Les scarifications linéaires furent imaginées par Balmanno-Squire pour remplacer les scarifications ponctuées de Volkmann.

Balmanno-Squire faisait également le râclage, mais à l'aide de très petites curettes qui étaient un perfectionnement des curettes de Volkmann, et pratiquait ensuite les scarifications linéaires.

Ce dernier procédé, qui représente un progrès considérable sur toutes les méthodes antérieures et qui constitue ac-

(1) *Archiv. für Dermatologie und syphilis*, 1874-1875.

tuellement le traitement capital du lupus érythémateux, fut rapidement perfectionné par Émile Vidal et E. Besnier, qui supprimèrent d'abord le râclage et apportèrent en outre d'autres modifications non moins importantes.

Méthode de Vidal et Besnier.

On commence par anesthésier la peau avec l'appareil de Richardson, ensuite, à l'aide d'une aiguille droite, terminée inférieurement par un petit losange à bords coupants, dont le grand axe se continue avec la tige de l'aiguille (scarificateur de Vidal) et après avoir tendu la peau avec soin, on fait sur les infiltrations lupeuses des scarifications linéaires, en ayant l'attention de tenir toujours l'aiguille perpendiculairement au tissu scarifié, et non obliquement, comme si l'on fauchait; ces scarifications doivent être parallèles, et aussi rapprochées que possible les unes des autres. On procède alors à des scarifications analogues, obliques aux premières en les coupant de manière à former sur la peau une espèce de quadrillé constitué par des hâchures limitant des espaces de 2 millimètres de largeur. Il est essentiel que les incisions traversent toute l'épaisseur des tissus malades, ce qui est facile à réaliser, en se fondant sur ce fait que les tissus malades offrent beaucoup moins de résistance que les tissus sains, et se laissent facilement pénétrer par l'instrument.

On ne doit pas craindre, du reste, de faire les incisions trop nombreuses ou trop rapprochées, puisque la couche superficielle de la lésion doit s'éliminer pour faire place à la cicatrice.

L'hémorrhagie est peu considérable et s'arrête facilement. Il suffit d'employer un des moyens hémostatiques suivants: éponges, amadou, ouate, papier buvard, et, dans les cas exceptionnels, le perchlorure de fer.

La scarification terminée, Besnier emploie des soins consécutifs variables selon les cas et les sujets ; le pansement est fait avec de la ouate, ou avec l'emplâtre de Vigo, ou bien avec un linge troué imbibé de liniment oléo-calcaire, ou avec un cataplasme de fécule.

Dès que la croûte est tombée, Vidal recouvre les points scarifiés d'emplâtre rouge ou de poudre d'iodoforme.

Tous les matins, il fait donner des pulvérisations sur les parties malades. Dès le sixième jour, la cicatrice est formée et on peut recommencer les scarifications.

Une seule scarification est loin de suffire ; d'après les observations publiées par Lelongt dans sa thèse, il en faudrait en moyenne de six à dix-séances.

Il se forme une cicatrice aplatie, peu déprimée, qui diminue ensuite graduellement.

Les scarifications doivent porter surtout sur la zone d'envahissement et les bords de la lésion, le lupus alors ne dépasse pas la partie scarifiée.

Lelongt en cite une observation fort remarquable.

Il s'agit d'une malade soignée par M. Vidal.

« A son entrée dans le service, elle portait à la joue droite une plaque de lupus érythémateux de la grandeur d'une pièce de 2 francs ; une autre plaque en aile de papillon occupait la région sous-orbitaire du même côté. La plaque de la joue fut arrêtée et guérie par trois scarifications. La seconde plaque ne reçut qu'une seule scarification sur son bord supérieur seulement, la malade ayant quitté l'hôpital. Lelongt ayant revu cette malade deux ans après, constata que la plaque sous-orbitaire s'était étendue par tous les points non scarifiés, excepté par le bord supérieur, qui avait été scarifié. »

Les scarifications linéaires présentent une innocuité complète. Besnier, après un millier de séances opératoires, n'a jamais observé de complications et notamment jamais d'érysipèle.

Les scarifications ponctuées ou linéaires sont employées par M. le Professeur-Agrégé Tédénat, à l'aide du scarificateur de Vidal; il applique ensuite de l'iodoforme en poudre, et obtient par ce procédé des résultats remarquables.

La durée du traitement par les scarifications linéaires dépend de beaucoup de conditions, dont les principales sont le plus ou moins d'ancienneté des plaques, leur étendue, la tolérance du sujet, et le plus ou moins de soin avec lequel l'opération a été exécutée.

Les malades peuvent être opérés assis, couchés ou debout.

Besnier fait coucher le malade, tandis que Vidal le fait asseoir le plus souvent. L'opérateur est placé devant le malade, sur une chaise élevée, ou debout derrière lui.

Les scarifications linéaires ne présentent pas d'indications particulières; elles sont applicables indistinctement à toutes les formes de lupus érythémateux, qu'elles soient plus ou moins rebelles, plus ou moins rapides.

MODE D'ACTION DES SCARIFICATIONS LINÉAIRES.

On peut se demander maintenant quel est le mode d'action des scarifications linéaires, et leur influence sur la formation de la cicatrice. Nous pensons que l'explication en est assez simple.

Les scarifications multipliées sectionnent les capillaires de la peau; il en résulte donc une petite hémorrhagie en nappe et une anémie rapide des plaques de lupus.

En outre, le traumatisme ainsi produit, provoque une inflammation subaiguë, qui amène la destruction du néoplasme, et l'irritation qui en résulte sur les cellules embryonnaires et le tissu conjonctif, peut les faire évoluer vers la formation d'une cicatrice.

Balmano-Squire constate que les scarifications linéaires ont cela de remarquable, qu'elles enrayent les progrès de la lésion dès que l'application en est commencée.

La réparation des parties malades se fait beaucoup plus heureusement qu'on n'eût osé l'espérer, eu égard à l'étendue des lésions : le processus histologique a été décrit par Lang, Kaposi, et en dernier lieu par Vidal. Nous reproduisons la description de ce dernier.

« Les cellules lupiques les plus avancées, celles qui sont » en voie de segmentation, aussi bien que les cellules géantes, » subissent la dégénérescence granulo-graisseuse, et sont » détruites durant la phase d'inflammation, tandis qu'une » partie des cellules les plus jeunes, les cellules embryon- » naires, celles qui se présentent sous la forme de noyaux, » entraînées dans le processus cicatriciel, se modifient et con- » courent à la formation du tissu conjonctif. » (Lecture à l'Académie de Médecine, 1880).

En résumé, le processus de réparation suit ici la même marche que dans toute cicatrisation en général.

Métamorphose granuleuse des premiers éléments formés, cellules embryonnaires nageant dans une substance amorphe au début, puis finement granuleuse, puis s'organisant en fibrilles de tissu conjonctif. Les éléments embryonnaires s'organisent à leur tour, et participent à la formation du tissu cicatriciel.

INSTRUMENTS NÉCESSAIRES A LA SCARIFICATION.

Cette méthode n'exige qu'un appareil instrumental des plus simples :

1^o Quelques aiguilles (celle de Balmano-Squire ou de Vidal), de un à deux centimètres de longueur, les unes tran-

chantes au sommet seulement, les autres dans toute leur étendue.

L'aiguille de Balmano-Squire présente quelques inconvénients, qui tiennent à sa délicatesse extrême, à sa minceur excessive et à sa trop grande flexibilité.

Celle de Vidal n'a pas cet inconvénient.

2° Des scarificateurs, notamment celui de Vidal.

3° Le scarificateur multiple de Balmano-Squire.

Scarificateur de Vidal.

Il est avantageux en ce sens qu'il est plus solide, moins flexible que celui de Balmano-Squire.

La lame de l'instrument, longue de deux centimètres et demi sur deux millimètres et demi de largeur, se termine par une pointe triangulaire à deux tranchants, qui se coupent sous un angle de 55°.

Cet instrument est certainement excellent et parfaitement suffisant dans la plupart des cas.

Mais il est facile de comprendre qu'il soit nécessaire de posséder une certaine habitude, pour parvenir à exécuter convenablement, à intervalles égaux et à une profondeur déterminée, des incisions multiples aussi rapprochées. Ces indications étaient parfois difficiles à satisfaire entre des mains inexpérimentées.

Il y avait donc là une lacune qui a été heureusement remplie par Balmano-Squire.

Scarificateur multiple de Balmano-Squire.

Il se compose essentiellement d'un manche fort épais, qui porte à une de ses extrémités douze ou seize lames enchassées

solidement; les lames, disposées sur un même plan, parallèles et convexes sur le tranchant, sont séparées par un intervalle d'un demi-millimètre environ. A droite et à gauche des lames, l'instrument porte deux ailettes ou plaques protectrices, destinées à empêcher les lames de scarifier trop profondément.

Pour se servir de l'instrument, tenu comme une plume à écrire, on le dirige en droite ligne sur la peau légèrement tendue, de façon à obtenir seize incisions parallèles à un demi-millimètre l'une de l'autre. On continue de la même façon en faisant seize nouvelles incisions parallèles et juxtaposées aux premières, puis on scarifie perpendiculairement de façon à obtenir un quadrillage.

Cet instrument est utile pour agir sur des surfaces larges, et surtout en ce sens qu'il permet de faire d'un seul coup un grand nombre d'incisions, parfaitement régulières, ce qui augmente la rapidité de l'opération.

OBSERVATION I.

(Personnelle)

Lupus érythémateux amélioré par l'ignipuncture

* Roulet (Baptistin), âgé de 18 ans, maréchal-ferrant, né à Graveson (B.-du-Rhône), est entré le 30 juin à l'hôpital Saint-Eloi, salle N° 44.

Sa mère est morte à l'âge de 40 ans, son père, son frère et ses sœurs jouissent d'une bonne santé. Une de ses sœurs est atteinte de conjonctivite chronique.

Notre malade est grand, assez bien développé; sa santé a toujours été bonne. Malgré cela, il n'est pas très robuste, et il est facilement essoufflé lorsqu'il fait un travail un peu pénible, et principalement lorsqu'il monte un escalier.

Son facies offre quelques caractères intéressants; la face est peu colorée, huileuse, habituellement couverte d'éruptions d'acné. Le

système pileux, assez développé sur le cuir chevelu, l'est peu à la face et sur le reste du corps.

Les lèvres sont grosses; le nez long, gros, épâté à son extrémité, est couvert de nombreux comédons, ainsi que le reste de la face.

Les yeux sont brillants, la muqueuse conjonctivale est rouge, injectée; la muqueuse gingivale est pâle et décolorée. On remarque à droite un engorgement des ganglions parotidiens et sous-maxillaires. Les ganglions sous-maxillaires gauches sont atteints également.

Pas d'autres manifestations scrofuleuses, et pas d'antécédents syphilitiques. Il n'a jamais eu de maladies graves.

Au sujet de sa maladie actuelle, voici ce que le malade raconte :

Vers le 20 février de cette année, il s'est aperçu de l'existence, à l'intérieur de la narine droite d'une petite croûte, qu'il a arrachée.

Il en est résulté un petit écoulement sanguin, et une nouvelle croûte s'est reformée sur le même point.

Il l'a arrachée à plusieurs reprises, mais elle s'est reformée chaque fois, en prenant un peu plus d'extension, ainsi qu'il l'a bien constaté.

Environ un mois et demi après, une tache rouge, saillante, s'est montrée sur le dos du nez, presque sur la ligne médiane, et s'est recouverte, dans peu de temps, d'une petite squame blanche; sur l'emplacement de laquelle on voit aujourd'hui une petite dépression cicatricielle qui fait songer immédiatement à un lupus érythémateux. Cette tache paraît de la grosseur d'une lentille,

Pendant que d'autres taches semblables, mais un peu plus petites, se formaient autour de celle-ci, dans la direction de l'ouverture de la narine, et se recouvraient successivement de squames, la croûte primitive, formée dans la narine, s'entourait également de taches, surmontées de croûtes, qui marchaient vers l'extérieur, à la rencontre du second foyer de la lésion lupéuse.

Vers la fin du mois de mars dernier, le malade s'adressa à un pharmacien de Tarascon, qui lui ordonna un sirop dépuratif, une pommade et des bains locaux avec une décoction de feuilles de noyer. Ce traitement fut suivi pendant 20 jours sans aucun résultat.

Un médecin de l'hôpital d'Avignon, consulté ensuite, prescrivit l'huile de foie de morue, 2 cuillerées par jour, et une pommade d'iodoforme. Ce second traitement fut suivi pendant un mois à peu près. Pendant ce temps-là, les progrès de la maladie ne faisant que s'accroître, le malade entra à l'hôpital d'Arles, où il fut soumis à un trai-

tement par l'iodure de potassium, avec application de pommade soufrée.

La lésion faisant toujours des progrès, quoique lentement, il se décida à venir à l'hôpital Saint-Eloi, où il entra le 1^{er} juillet dans le service chirurgical qui venait d'être confié à M. le professeur-agrégé Roustan.

La lésion fut en effet reconnue pour un lupus érythémateux.

Il occupait alors l'intérieur et l'orifice externe de la narine droite, se prolongeait au dehors sur l'aile du nez du même côté jusqu'au sillon naso-génien, remontait en haut sur le dos de l'organe, et tendait à passer sur le côté opposé, en couvrant également son extrémité. La narine gauche commençait à être envahie.

La lésion était formée par des taches discoïdes, saillantes, de la grosseur d'une lentille environ, recouvertes de squames dont la chute laissait voir au centre une petite dépression blanchâtre.

Les squames étaient plus nombreuses et plus épaisses au pourtour de l'orifice nasal, et d'un blanc jaunâtre ; sur l'aile et le dos du nez, elles étaient d'un blanc brillant.

Les taches sont rapprochées et se touchent par leurs bords.

On constate un engorgement des ganglions sous-maxillaires droits, datant de longtemps d'après le malade : les ganglions parotidiens du même côté se sont également engorgés environ trois mois avant l'apparition du lupus. Aujourd'hui les ganglions sous-maxillaires gauches sont atteints à leur tour depuis deux mois environ.

Dès l'entrée du malade à l'hôpital, on appliqua des cataplasmes pour faire tomber les croûtes. Trois ou quatre jours après, M. Roustan pratiqua des scarifications linéaires, qui furent continuées tous les trois ou quatre jours.

Les scarifications ne donnant pas de résultat, on commença à pratiquer, le 3 août, l'ignipuncture à l'aide du thermo-cautère de Paquelin. Le 7 août, deuxième séance d'ignipuncture.

Le 11 août, les scarifications sont reprises et pratiquées à l'intérieur de la narine seulement.

Le 14, nouvelle scarification à l'intérieur.

Le 17, ignipuncture sur le dos et l'aile du nez.

Le 20, scarification complète, en dedans et en dehors.

On a continué ainsi, en alternant l'ignipuncture et les scarifications, tous les trois ou quatre jours, jusqu'au commencement de septembre.

A partir de ce moment, on éloigna les séances et on renonça aux scarifications, tout en continuant les pointes de feu.

Le 15 octobre, ignipuncture sur toute l'étendue de la lésion.

Le 15 novembre, M. le Professeur Dubrueil, qui avait pris le service, continue l'ignipuncture, qui est appliquée de nouveau le 5 décembre.

Le malade éprouve habituellement au pourtour de la lésion des démangeaisons qui cessent immédiatement après l'application du thermo-cautère.

Les agents topiques appliqués sur le lupus ont varié.

Au début, on employa une pommade avec vaseline et acide borique, et plus tard, pommade au calomel, 4 pour 40. Enfin, en dernier lieu, une pommade à l'iodoforme. En même temps on donnait au malade une solution de chlorate de potasse ou d'alun pour introduire dans les narines par reniflement.

Le traitement interne se compose de : Iodure de potassium, 1 gram. par jour au début, puis 2 grammes. En outre, 4 pilules de Blaud, associées à de la rhubarbe.

Depuis quelque temps, les pilules de Blaud sont supprimées, et le malade ne prend plus que l'iodure de potassium.

Aujourd'hui, l'aspect du lupus est meilleur, les squames sont bien moins nombreuses et moins épaisses ; la rougeur des plaques est moindre également. Il y a une amélioration très sensible, qui s'était du reste manifestée après chaque séance d'ignipuncture. C'est donc ce dernier moyen qui paraît devoir venir à bout de la lésion, tandis que les scarifications au contraire n'ont rien produit chez ce malade.

OBSERVATION II.

(Communiquée par M. Tédénat)

Lupus érythémateux discoïde guéri par la scarification linéaire associée à des applications d'iodoforme.

Zélie B..., âgée de 24 ans, taille moyenne, diathèse scrofuleuse très manifeste (ganglions suppurés dans l'enfance, lèvre supérieure épaisse); depuis l'âge de 10 ans, elle porte deux plaques de lupus érythémateux, l'une à la région sous-maxillaire gauche, l'autre à la partie inférieure

de la région massétérine droite. Elles ont commencé par une petite plaque qui a lentement grandi du centre à la périphérie.

La plaque sous-maxillaire est de forme elliptique à grand diamètre antéro-postérieur, long de 8 centimètres, à petit diamètre vertical long de 5. Elle forme une saillie de 3 à 4 millim. selon les points au-dessus des parties voisines. Sa surface est violacée avec points jaunâtres, en aucun point elle ne montre de la tendance à la cicatrisation. La couche la plus superficielle de l'épiderme est plissée à la façon d'une lame de fine baudruche ; il est facile de l'enlever tout d'une pièce, on voit alors à sa face profonde une foule de petits prolongements longs de un à deux millim. et qui à l'examen microscopique se montrent composés de cellules épithéliales arrondies ou polyédriques en dégénération graisseuse. La surface mise à nu est finement grenue, grise, luisante et un peu humide.

La plaque massétérine est arrondie et à 4 centim. de diamètre ; elle ressemble complètement à la précédente. Autour des deux plaques, on trouve des comédons disséminés et quelques petits vaisseaux dilatés.

La malade a suivi plusieurs traitements ; pendant de longues années, elle a pris de l'huile de morue, du sirop d'iodure de fer, des bains de mer. Localement, on a appliqué de la teinture d'iode, de l'onguent napolitain, des pommades soufrées. Jamais il n'y a eu d'amélioration notable.

Le 4 avril 1881, je conseille les scarifications linéaires qui ne sont pas acceptées. La malade ayant fait un voyage à Paris, je l'engageai à aller consulter le docteur Jullien qui offrit de faire les scarifications et réussit à les faire accepter. Il pratiqua deux séances en mai 1881 sur la plaque massétérine en y ajoutant des applications d'iodoforme. Le résultat fut encourageant et le 15 juin la malade revenue à Montpellier me pria de continuer le traitement. Pendant les mois de juin, juillet, août, elle prit des bains de mer, du sirop d'iodure de fer ; douze séances de scarification furent faites.

Après chacune d'elles, application de la pommade suivante :

Iodoforme.....	8 grammes.
Vaseline.....	10 —
Baume du Pérou.....	5 —
Essence de menthe.....	10 gouttes.

Le 4 septembre, quand elle retourna dans son pays (à Sorgues) la guérison était complète, sauf un peu de rougeur sur certains points.

La cicatrice était très bien fermée, sans irrégularités et très ressemblante à la peau saine.

OBSERVATION III.

(Communiquée par M. Tédénat.)

Lupus érythémateux avec petites nodosités. — Traitement par la scarification linéaire. — Guérison.

Marie N., âgée de 20 ans, grande, forte, lymphatique, bien réglée.

Pas de maladies dans son enfance (ni adénites, ni impétigo ni ophthalmies).

Il y a 5 ans, petite plaque violacée entourée de boutons petits et noirs, indolore. Elle s'est étendue peu à peu et a maintenant les dimensions d'une pièce de 5 fr. en argent. Son centre est légèrement déprimé et couvert de squames minces; partout ailleurs, sur la plus grande partie de son étendue, la peau est violacée, on trouve quelques points jaunâtres légèrement saillants inclus dans le derme, de vrais tubercules lupiques. Le pourtour de la plaque fait une saillie de 1 à 3 millimètres sur la peau voisine qui est couverte de comédons auxquels aboutissent de petits vaisseaux variqueux.

Cette plaque siège au niveau de la glande sous-maxillaire; au dessous d'elle on sent les ganglions un peu tuméfiés, durs, mobiles et indolores.

Le 3 janvier 1882, je conseillai les scarifications linéaires qui furent refusées. Comme la malade avait déjà employé des pommades irritantes dont elle ne put me dire la composition, je lui conseillai de faire tous les soirs une application de la solution suivante :

Iode métalloïdique.....	6 grammes
Iodure de potassium.....	3
Eau.....	} aa 8 —
Glycérine.....	

Malgré l'action caustique de ce mélange, malgré l'huile de morue prise à la dose de 4 cuillerées par jour, l'amélioration était insignifiante le 6 avril, et alors la malade accepta les scarifications. J'en fis sept à six jours de distance l'une de l'autre; après chaque scarification la surface bien desséchée était recouverte de poudre d'idioforme et protégée par une plaque de baudruche. Le 10 juin, la guérison était

complete, mais par points la cicatrice présentait des télangiectasies. La malade refusa de le laisser scarifier. Au mois de novembre, le Dr Cassin (d'Avignon) me dit que la guérison persistait et que la cicatrice avait pâli et était fort peu appareute.

OBSERVATION IV.

(Empruntée à Bartoszewics.)

Lupus érythémateux traité par scarification.

Malade du dehors, venant dans le service de M. Vidal tous les mercredis pour se soumettre à la scarification.

M^{me} N..., âgée de 30 ans, charcutière, née de parents très bien portants, qui n'ont jamais eu aucune affection cutanée, aucune maladie discrasique ni diathésique. Comme manifestation scrofuleuse, elle a eu, à l'âge de la première enfance, quelques éruptions eczémateuses et impétigineuses de la face et des oreilles. Rien du côté des yeux, des ganglions lymphatiques, etc. A l'âge de dix ans, la rougeole à forme légère, bénigne; à quinze ans, une fluxion de poitrine. Pas d'autres maladies graves, pas de syphilis. Les menstruations sont venues à l'âge de 11 ans, et depuis cette époque elle était toujours bien réglée. Elle a eu un seul enfant; pas de fausse couche. Son lupus a commencé en 1878 par une tache rouge, légèrement élevée, large comme une lentille et siégeant au bout du lobule du nez. Cette tache ou petite plaque persiste dans cet état pendant trois ans, et ce n'est que le dernier hiver qu'elle s'agrandit brusquement et prit les proportions que nous lui voyons aujourd'hui.

La lésion occupe actuellement tout le lobule du nez et remonte en haut jusqu'au milieu du dos du nez; de chaque côté, elle descend sur les faces latérales des ailes du nez, sans arriver cependant aux sillons naso-génien et naso-labial. Cette rougeur était accompagnée d'une légère démangeaison, sans aucune douleur. Dans la dernière année, selon l'affirmation de la malade, la plaque rouge était tout à fait pure, sans desquamation; mais dans la seconde année, la malade a remarqué la formation de petites pellicules blanchâtres qui se détachaient et se reproduisaient de temps en temps. Dans la troisième année, il se formait des croûtes ayant l'aspect crétacé, blanchâtre. En général, son

lupus augmentait en hiver et diminuait en été. Outre cela, la rougeur du lupus augmentait passagèrement selon le changement de la température, avec le froid et l'humidité.

Comme traitement, son médecin lui a prescrit l'huile de foie de morue, le vin de quinquina et le sirop d'iode de fer ; à l'extérieur, sur les parties malades, une substance légèrement irritante.

Pendant les deux premières années, elle a été soumise à ce traitement sans aucun résultat satisfaisant. Dans la troisième année, on lui prescrivait quelques sirops purgatifs, des bains de Barèges, quelques tisanes amères et une pommade sur le nez. Pas de résultat favorable après ce traitement.

En 1881, au mois de mai, elle se présente à la consultation de M. Vidal. Sa santé générale est satisfaisante, malgré la migraine qui l'attaque ordinairement une fois par mois, immédiatement avant ou après les menstrues.

Sans aucun retard, M. Vidal lui pratiqua une scarification ponctuée. Huit jours plus tard, il recommençait les scarifications qui, cette fois, étaient linéaires, quadrillées, superficielles et pratiquées avec son scarificateur à lame étroite. Depuis cette époque, les scarifications linéaires étaient pratiquées tous les huit jours très régulièrement. Les deux premières opérations furent assez douloureuses et très sanglantes ; les suivantes devinrent moins hémorragiques et moins douloureuses. Pour arrêter l'hémorragie après les scarifications, on employa, comme pour les autres malades, une application de ouate et une légère compression ; ensuite l'eau froide sur les parties scarifiées. Dans les intervalles des opérations, on appliqua l'emplâtre de Vigo sur les parties scarifiées. Il faut avouer franchement que l'amélioration marcha très lentement. La partie malade du nez devint moins saillante, moins proéminente, et après six ou sept scarifications, la rougeur disparut du lobule du nez et la peau prit un aspect normal, dans une étendue à peu près de 1 centimètre.

Au commencement du mois de juillet, la partie malade du nez présentait un aspect amélioré. La peau correspondant au lupus était presque tout à fait blanche, mince et lisse, à peu près comme à l'état normal.

Au mois d'août, la malade était considérée comme complètement guérie.

OBSERVATION V.

(Empruntée à Bartoszewics.)

Lupus érythémateux traité par scarification.

Salle Henri IV, service de M. Fournier, N° 19, M^{lle} N...., âgée de 18 ans, couturière. Constitution moyenne, aspect lymphatique. Dans l'enfance, plusieurs accidents de nature scrofuleuse : eczema impétigineux et impétigo au cuir chevelu ; quelques manifestations morbides du côté des yeux ; engorgement chronique des ganglions lymphatiques du cou. Etant petite, elle était toujours faible et chétive. A l'âge de 10 ans, elle a eu la fièvre typhoïde. A 12 ans, fluxion de poitrine. Réglée à l'âge de 16 ans, menstruation toujours irrégulière et pertes de sang très faibles.

Son lupus a débuté par une tache rouge, petite comme une tête d'épingle, siégeant un peu au-dessus de l'aile droite du nez.

Pendant plusieurs semaines, cette tache ne présentait aucune tendance à augmenter dans son étendue. C'est à peine si, au bout de quelques mois, cette tache est arrivée à une largeur d'une pièce de 0,50 centimes, et sa surface a commencé à se couvrir de pellicules blanchâtres de l'épiderme, qui s'exfoliait très abondamment.

Vers cette époque, elle s'adressa à un médecin, qui lui prescrivit un topique irritant, produisant plus de mal que de bien. Ensuite, à cause d'un affaiblissement général, elle s'adressa à un autre médecin, qui lui prescrivit l'huile de foie de morue, vin de quinquina, sirop d'iodure de fer et bains sulfureux. — Pendant ce temps-là, son lupus remontait en haut, envahissant le dos du nez, et passait sur le côté opposé de cet organe. Au bout du nez, il se forma une nouvelle tache lupique, qui remontait en haut et se réunissait avec la lésion primitive dont nous avons parlé.

Le 16 octobre 1880, la malade se présenta dans la clinique de M. le professeur Fournier, où elle fut soumise immédiatement aux scarifications linéaires, pratiquées par M. Barthélemy, chef de clinique. Au dire de la malade, la douleur provoquée par les scarifications était beaucoup plus supportable au commencement du traitement qu'aujourd'hui. On arrêta l'hémorrhagie avec de l'amadou ou de la ouate. On la scarifia, habituellement une ou deux fois par semaine. Cepen-

dant, il y avait quelques intervalles un peu longs de quinze à vingt jours, qui ont retardé beaucoup la marche de la maladie vers la guérison. Dans les intervalles des scarifications, on appliquait l'emplâtre rouge sur les parties malades. Comme traitement général, l'huile de foie de morue, vin de gentiane, houblon, sirop d'iodure de fer et bains sulfureux.

Trois mois après le commencement du traitement, la malade a remarqué une amélioration assez prononcée. La desquamation des parties malades a diminué, la peau est devenue plus pâle et plus blanche. Il paraît qu'au commencement les scarifications n'étaient pas assez profondes ; mais depuis un mois, on l'a scarifiée avec un peu plus d'énergie, en enfonçant la lame de l'instrument plus profondément et c'est depuis cette époque que l'on a remarqué une amélioration beaucoup plus évidente.

OBSERVATION VI.

(Empruntée à Bartoszewics).

Lupus érythémateux traité par le savon à potasse caustique.

Salle Saint-Jean, N° 17. Malade âgée de 34 ans, couturière, constitution assez forte ; ses parents étaient d'une bonne santé, ses frères et sœurs au nombre de six sont toujours bien portants.

Comme manifestation scrofuleuse, à l'âge de 8 ou 10 ans, elle a eu quelques ophthalmies, quelques rhinites chroniques et adénites cervicales ; mais toutes ces affections ont cessé à l'âge de 13 ans, époque de l'apparition des menstrues. Depuis ce temps, elle a été toujours bien réglée et tout à fait bien portante. Elle n'a jamais eu de maladies graves. Mariée à l'âge de 18 ans, elle a fait une fausse couche après sept mois de grossesse et trois accouchements à terme ; ses enfants sont très bien portants. A l'âge de 26 ans, elle contracta la syphilis, qui se manifesta par certaines affections de la peau : roséole, papules, tubercules et lésions profondes pustulo-crustacées,

Aujourd'hui elle porte des cicatrices caractéristiques de l'affection syphilitique, cicatrices bien lisses, déprimées, non adhérentes, blanchâtres.

On en voit une très-caractéristique au coude gauche, large comme

une pièce de 20 centimes; l'autre cicatrice de nature syphilitique a son siège au genou gauche; elle est un peu plus large que la première. Audessous des chevilles, on voit encore trois petites cicatrices syphilitiques. En même temps elle a eu des maux de gorge de nature suspecte, qui survenaient sans aucune cause ordinaire au développement de ces affections, des céphalées nocturnes et de l'alopecie syphilitique, caractérisée par la chute des cheveux très irrégulière, par plaques, par îlots, douleurs ostéocopes des jambes, etc....

Son lupus a commencé à l'âge de 30 ans, par une plaque rouge, siégeant sur la joue gauche. Cette plaque s'élargissait peu à peu et se couvrait d'une pellicule blanchâtre crétacée.

Au bout de 8 mois, toute la joue gauche était envahie par le lupus érythémateux, se recouvrant continuellement de cette substance crétacée, que la malade arrachait de temps en temps et qui se renouvelait très facilement.

Comme traitement, elle a employé quelques topiques, quelques pommades, quelques lotions sans aucun résultat. La rougeur du lupus augmentait ordinairement aux époques des règles, au printemps et après des repas plus ou moins copieux.

Pendant trois ans à peu près, la joue gauche resta dans cet état. La joue droite était toujours saine. En 1880, au mois de février, elle se présenta dans le service de M. Vidal, qui lui prescrivit immédiatement l'emplâtre de Vigo sur la joue malade et l'iodure de potassium à l'intérieur.

Au bout de trois mois, la joue gauche était considérablement améliorée, mais en revanche le lupus érythémateux avait envahi la joue droite et se développait tout à fait de la même manière que la lésion lupique du côté gauche; plaque rouge, s'élargissant assez rapidement et se couvrant d'une substance crétacée. A cette époque, la malade fut obligée de quitter l'hôpital et resta, pendant quelques mois, sans aucun traitement.

Cette année elle est revenue de nouveau dans le service de M. Vidal et elle a été soumise au traitement d'une solution alcoolique de savon de potasse. d'après la formule suivante :

Savon de potasse.....	120 grammes.
Alcool.....	60 —
Esprit de Lavande.....	8 —

La malade fit sur les parties atteintes des lotions sous l'influence

desquelles les plaques épidermiques graisseuses se détachèrent en se dissolvant; on vit apparaître les orifices des follicules pileux. Lorsque ces lotions se répètent souvent, sous l'influence de l'irritation provoquée par le savon de potasse, il se développe une inflammation assez intense de la peau caractérisée par un gonflement léger, une rougeur considérable et une sensation de cuisson ou de brûlure dans les parties atteintes. Dans cette période inflammatoire de la maladie on cesse les lotions ou frictions savonneuses et on emploie les topiques adoucissants, comme cataplasmes émollients de fécule de pommes de terre, les douches de vapeur et surtout la pulvérisation. Aussitôt que les phénomènes inflammatoires diminuent, on recommence de nouveau les lotions savonneuses, on provoque une nouvelle irritation, qui aboutit à une nouvelle poussée inflammatoire; on s'arrête et de nouveau on emploie les frictions savonneuses; aussitôt que l'inflammation est devenue trop intense, on a recours aux émollients. Le traitement étant conduit de cette manière, au bout de quelques semaines, il était bien facile de constater une amélioration notable du lupus. La rougeur, surtout à la partie moyenne des plaques, était moins prononcée, plus pâle. Les parties centrales ont pris la couleur presque tout à fait normale de la peau saine; l'épaississement du derme au niveau des parties malades a beaucoup diminué.

A la fin du mois de mai, la figure de la malade a recouvré presque complètement son état normal: la rougeur, le gonflement ont disparu complètement; le tissu cicatriciel de nouvelle formation est tellement mince et insignifiant que la surface qui était le siège du lupus érythémateux peut passer pour complètement saine.

Au mois de juin la malade a quitté l'hôpital.

CONCLUSIONS.

Les faits que nous avons réunis dans notre travail, aussi bien ceux que nous avons pu observer, que ceux que nous avons recueillis à des sources autorisées, nous paraissent comporter les conclusions suivantes :

1° Le *lupus érythémateux* est d'origine *scrofulense*; cependant, parmi les sujets atteints, il en existe un certain nombre qui n'ont pas l'apparence *scrofulense*, il est vrai, et qui paraissent jouir d'une santé robuste. Mais le plus souvent un examen rigoureux et attentif du malade, de ses antécédents héréditaires et pathologiques, parviendra à établir la relation diathésique, et le nombre des cas de *lupus idiopathique*, si du moins il en existe, s'en trouvera singulièrement restreint.

Nous adoptons d'ailleurs complètement les idées de l'École de Montpellier, qui a depuis longtemps démontré l'influence des diathèses; cette doctrine commence à triompher aujourd'hui, et se trouve partagée par Besnier, Vidal, Gailleton et la plupart des dermatologistes éminents de l'École de Bazin.

2° Au point de vue du traitement, le *lupus érythémateux* est particulièrement rebelle et tenace.

Et ce qui le prouve, c'est le nombre considérable des moyens de traitement employés pour le combattre.

Tel cas cédera à la scarification ponctuée ou linéaire; tel autre à l'ignipuncture; un troisième résistera à tous les moyens, et ne guérira que par le savon de potasse à l'alcool, ou par la glycérine iodée, ou par le naphтол, ou les applications endermiques d'iodoforme.

En résumé, toutes ces médications diverses ont à leur actif un certain nombre de guérisons. Nos observations notamment en reproduisent quelques-unes qui ont été obtenues par les scarifications, l'ignipuncture ou le savon de potasse à l'alcool.

Mais la conclusion capitale qui ressort des faits que nous avons présentés, c'est que le plus grand nombre de succès obtenus est dû incontestablement à la méthode des scarifications, ponctuées ou linéaires.

Nous remarquons cependant que cette méthode réussit beaucoup mieux dans le lupus tuberculeux, où elle triomphe sûrement.

Quoi qu'il en soit, dans le lupus érythémateux, c'est elle encore qui se montre la plus efficace; on devra l'employer d'abord, sauf à recourir, en cas d'insuccès, aux autres moyens de traitement dont l'expérience a reconnu l'utilité.

FIN.

Vu bon à imprimer :

Le Doyen,
J. BENOIT.

Permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie,
Correspondant de l'Institut,

Pour le Recteur,
Le Doyen délégué,
VIGIÉ.

Vu :

Le Président censeur,
CASTAN.

QUESTIONS TIRÉES AU SORT

***Auxquelles le Candidat doit répondre verbalement
en exécution de l'Arrêté du 22 mars 1842.***

Chimie Médicale et Pharmacie.

La cause de la fermentation de l'urine et les produits de cette fermentation.

Physique Médicale.

Des phénomènes d'endosmose chez les êtres vivants.

Botanique et Histoire Naturelle Médicale.

Exposer la structure de la sangsue. De l'ergot de seigle.

Anatomie.

Du système porte.

Anatomie pathologique et Histologie.

De la gangrène, au point de vue de l'anatomie pathologique.

Physiologie.

De la lymphe et de ses fonctions.

Pathologie et thérapeutique générales

L'intoxication palustre est-elle la cause *sine quâ non* des affections morbides à quinquina?

Pathologie Médicale ou Interne.

De l'encéphalite et de son traitement.

Pathologie Chirurgicale ou Externe.

Des abcès métastatiques.

Thérapeutique et Matière Médicale.

Des préparations antimoniales.

Opérations et Appareils.

De la désarticulation du coude.

Médecine légale et toxicologie.

De l'empoisonnement par les champignons.

Hygiène.

Des moyens propres à vulgariser les notions d'hygiène.

Accouchements.

De la délivrance.

Clinique Interne.

Diagnostic de la tuberculisation générale aiguë.

Clinique Externe.

De la fièvre traumatique.

Clinique des maladies mentales et nerveuses.

De la lypémanie suicidique.

Titre de la Thèse à soutenir.

Du Lupus érythémateux.

SERMENT.

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
